

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1906-1907 — N° 148.

FORMES CLINIQUES
DU CANCER
DU GROS INTESTIN

(RECTUM EXCEPTÉ)

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 30 juillet 1907

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Paul JOUFFRAY

INTERNE DES HÔPITAUX DE LYON

Né à Tournon (Ardèche), le 21 juin 1880.



LYON
IMPRIMERIES RÉUNIES

8, RUE RACHAIS, 8

1907

FORMES CLINIQUES

DU CANCER

DU GROS INTESTIN

(RECTUM EXCEPTÉ)

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1906-1907 — N° 148.

FORMES CLINIQUES
DU CANCER
DU GROS INTESTIN

(RECTUM EXCEPTÉ)

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 30 juillet 1907

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Paul JOUFFRAY

INTERNE DES HOPITAUX DE LYON

Né à Tournon (Ardèche), le 21 juin 1880.



LYON
IMPRIMERIES RÉUNIES

8, RUE RACHAIS, 8

—
1907

PERSONNEL DE LA FACULTE

MM. HUGOUNENQ. DOYEN.
COURMONT (J.). ASSESSEUR.

DOYEN HONORAIRE

M. LORTET.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVÉAU, AUGAGNEUR, MONOYER.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	}	MM. LEPINE.
Cliniques chirurgicales.		BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.		BARD.
Clinique ophtalmologique		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		JABOULAY.
Clinique des maladies mentales		FABRE.
Clinique des maladies des enfants		ROLLET.
Clinique des maladies des femmes.		NICOLAS.
Physique médicale.		PIERRET.
Chimie médicale et pharmaceutique		WEILL.
Chimie organique et Toxicologie.		POLLOSSON(A.).
Matière médicale et Botanique.		X...
Parasitologie et histoire naturelle médicale.		HUGOUNENQ.
Anatomie.		CAZENEUVE.
Anatomie générale et Histologie.		BEAUVISAGE.
Physiologie		GUIART.
Pathologie interne.		TESTUT.
Pathologie et Thérapeutique générales.		RENAUT.
Anatomie pathologique		MORAT.
Médecine opératoire.		TEISSIER.
Médecine expérimentale et comparée.		MAYET.
Médecine légale.		TRUPIER.
Hygiène.		POLLOSSON (M.).
Thérapeutique.		ARLOING.
Pharmacologie.		LACASSAGNE.
		COURMONT (J.).
		SOULIER.
		FLORENCE.

PROFESSEUR ADJOINT

Physiologie, cours complémentaire. M. DOYON.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Pathologie externe.	MM. VALLAS,	agrégé.
Maladies des voies urinaires.	ROCHET,	—
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS,	—
Propédeutique médicale	ROQUE,	—
Propédeutique chirurgicale	BERARD,	—
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN,	—
Anatomie pathologique	DEVIC,	—
Hygiène administrative	ROUX,	—
Thérapeutique générale	COLLET,	—
Accouchements	COMMANDEUR,	—
Matière médicale	MOREAU,	—
Embryologie	REGAUD,	—
Anatomie topographique.	ANCEL,	—

AGRÉGÉS

MM. ROUX.	MM. SAMBUC.	MM. REGAUD.	MM. MOREL.
BARRAL.	BORDIER.	CAUSSE.	NEVEU-LEMAIRE.
PIC.	COURMONT (P.)	ANCEL.	PATEL.
PAVIOT.	CHATIN.	COMMANDEUR.	J. LEPINE, ch...
NOYÉ-JOSSERAND.	VILLARD.	GAYET	VORON, ch...
BERARD.	TIXIER.		

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. JABOULAY, Président; NOYÉ-JOSSERAND, Assesseur;

MM. BÉRARD et PATEL, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE

A MES PARENTS

Bien faible témoignage de ma
tendre affection.

A MA GRAND'MÈRE

A mon Président de Thèse

Monsieur le Professeur JABOULAY

A Monsieur le Docteur BÉRARD

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ
CHIRURGIEN DES HOPITAUX

A mes Maîtres dans les Hôpitaux

EXTERNAT

M. le Professeur JABOULAY.

M. le Docteur BOUVERET, médecin des hôpitaux.

M. le Professeur agrégé NOVÉ-JOSSERAND, chirurgien des hôpitaux.

M. le Docteur LYONNET, médecin des hôpitaux.

M. le Docteur MOUISSET, médecin des hôpitaux.

INTERNAT

M. le Professeur agrégé VALLAS, chirurgien des hôpitaux.

M. le Professeur JABOULAY.

M. le Professeur agrégé PIC, médecin des hôpitaux.

M. le Professeur agrégé COLLET, médecin des hôpitaux.

M. le Professeur agrégé GANGOLPHE, chirurgien-major de l'Hôtel-Dieu.

M. le Docteur ALBERTIN, chirurgien des hôpitaux.

M. le Professeur agrégé BÉRARD, chirurgien des hôpitaux.

M. le Docteur MOUISSET, médecin des hôpitaux.

M. le Docteur PLAUCHU, accoucheur des hôpitaux.

M. le Professeur agrégé PATEL.

Nous prions notre ami le docteur CAVAILLON, professeur agrégé à la Faculté, qui nous a inspiré cette étude, de croire à notre affectueuse sympathie, et nos collègues R. ROME et V. CORDIER, qui nous ont aidé dans le cours de ce travail, d'être assurés de notre amicale reconnaissance.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

INTRODUCTION

Parmi les affections abdominales, il en est peu qui aient une séméiologie aussi riche que le cancer du gros intestin. Parcourant, en effet, l'abdomen en tous sens, le côlon entre en rapport avec tous les organes importants qui s'y trouvent et réagit sur eux lorsqu'il est atteint d'une affection organique quelconque. Placé entre l'estomac et l'intestin grêle d'une part, le rectum d'autre part, le cancer du gros intestin pourra ainsi emprunter tantôt la séméiologie et l'allure clinique du cancer de l'estomac, tantôt celle du rectum.

Enfin, ayant par lui-même un rôle important dans la digestion et l'expulsion des aliments, tout vice apporté à son fonctionnement retentira fatalement et violemment sur l'acte digestif même. Aussi, ne devra-t-on pas être étonné lorsqu'on étudie la séméiologie de cette affection, de la trouver si complète. Signes physiques de toutes les tumeurs abdominales et signes physiques très importants situés loin du néoplasme, signes fonctionnels multiples concernant la forme, la quantité, la composition des selles, leurs modes variables d'expulsion, symptômes généraux propres à la nature cancéreuse de l'affection et à la localisation même de la tumeur sur l'intestin ; voilà, très rapidement résumées, toutes les

directions dans lesquelles devront porter les recherches du clinicien. A son aide, il aura de multiples méthodes d'investigation : interrogatoire, palpation, toucher rectal, insuflation, proctoscopie, radiographie, analyse chimique, bactériologique, microscopique des selles, examen des urines, examen du sang, etc.

Mais, dans cet ensemble si complet, constituant une entité morbide bien définie, n'est-il pas possible de dégager quelques types principaux? Ne peut-on pas, en d'autres termes, y trouver les quelques formes cliniques que l'on sera appelé à rencontrer avec une plus grande fréquence?

La même question se posait, il y a une quinzaine d'années, pour le cancer d'estomac et nous avons vu successivement se dégager d'un complexe symptomatique touffu un certain nombre de formes, de types principaux plus fréquemment observés. C'est ainsi qu'ils étaient mis au jour, d'abord par M. Bouveret, puis par Hayem et Lion, Mathieu, Bard, etc. Il semble qu'à l'heure actuelle, où le cancer du gros intestin commence à être bien connu, une semblable étude doit être faite avec fruit.

Cette question en avait déjà préoccupé d'autres avant nous et plusieurs auteurs ont essayé de la résoudre. Mais la grande majorité se bornait simplement à mettre en présence deux formes : l'une constituant le type de latence absolue, l'autre le type d'obstruction ou d'occlusion. Elle les opposait l'une à l'autre, insistant, avec juste raison d'ailleurs, sur la première forme, en décrivant avec soin la durée, la gravité, les petits moyens susceptibles de la dépister, etc.

Mickulicz essayait une classification plus complète, envisageant les cas où on trouve des symptômes confirmés de sténose et ceux où on ne trouve pas de troubles fonctionnels typiques. Il subdivisait les premiers en :

- 1° Cas avec sténose chronique;
- 2° Cas avec occlusion aiguë;
- 3° Cas avec occlusion chronique.

Quant aux seconds, il y apportait aussi une classification étudiant séparément :

- 1° Les formes avec tumeur palpable ;
- 2° Les formes avec perforations ;
- 3° Les formes avec simples troubles gastro-intestinaux.

On voit, par ce court tableau, que, pour cet auteur encore, la grande idée directrice a été la présence ou l'absence de signes de sténose. Nulle part, nous ne le voyons s'inquiéter de savoir si, en dehors de ce signe de sténose, il n'y en a pas d'autres qui, groupés les uns aux autres, constitueraient une forme clinique spéciale susceptible d'attirer l'attention sur la possibilité d'un cancer du gros intestin.

Boas, en une classification plus précise et plus clinique, divise les malades en quatre groupes :

- 1° Le premier comprend ceux qui n'ont pas de signes locaux, mais simplement une altération de l'état général;
- 2° Les malades du second groupe présentent seulement des symptômes locaux vagues et imprécis;
- 3° Le troisième groupe comprend les cas où l'on trouve des symptômes fonctionnels de sténose ou des symptômes d'obstruction ;
- 4° Enfin, dans le quatrième groupe, on rencontre les malades dont le premier symptôme est l'occlusion.

Boas insiste peu sur les caractéristiques de ces formes, se bornant plutôt à une brève classification. De plus, il n'envisage pas les modifications que le siège du néoplasme peut imprimer à l'allure symptomatique, soit par suite de la physiologie intestinale, différente avec les régions, soit par les rapports spéciaux avec d'autres organes.

De Bovis, dans la *Revue de chirurgie* de 1900, isolait sept types différents :

Les constipés, dont la proportion est de	37,2 %.
Les alternants,	— 20,6 %.
Les diarrhéiques,	— 13,6 %.
Les obstrués,	— 12,1 %.
Les douloureux,	— 9,8 %.
Les dyspeptiques,	— 3,2 %.
Les négatifs ou subjectifs,	— 2,9 %.

Plus récemment, Hartmann, dans ses travaux de chirurgie anatomo-clinique dégage un type gastrique par opposition à un type entérique.

D'autres auteurs, sans apporter de classification générale, étudient quelques symptômes ou des complications pouvant donner une allure spéciale. C'est ainsi que les inflammations, les abcès consécutifs aux néoplasmes sont spécialement mis en lumière par Clogg, Tuffier. Gouilloud, dans une communication au Congrès de chirurgie, met rapidement en présence les cancers du cæcum avec diarrhée et les cancers de l'S iliaque avec constipation. Anschütz, Simon d'Heidelberg, pour ne citer qu'eux, consacrent de longs chapitres à l'occlusion, envisageant sa symptomatologie, son pronostic et sous traitement. D'autres, Haussman, Grayertz, Kraft,

étudient les perforations et le tableau clinique par lequel elles se révèlent. Enfin Lejars, Magnoux, dans leur thèse, s'occupent des invaginations de la tumeur dans la portion intestinale sous-jacente et traitent cette complication d'une façon complète.

A côté de ces auteurs, d'autres n'envisagent plus la question sous ce jour, ils se bornent à étudier les modifications qu'apporte le siège variable du cancer sur le long trajet du gros intestin. C'est ainsi que nous voyons de multiples travaux concernant le cancer du cæcum. Parmi eux, signalons seulement les thèses de Cazès, Artus, Teulet-Luzié. Le cancer du côlon pelvien est décrit par Duval dans sa thèse, puis de nouveau par lui avec son maître Quénu, par Cold, etc. Ici, à Lyon, Pentot se localise dans l'étude du cancer de l'angle droit du côlon.

Il semble qu'à force de localisation, qu'à ne voir la question que par un de ses petits côtés, la plupart des auteurs n'ont pas pu saisir les différences frappantes qui existent entre les divers cancers du gros intestin. Ils se sont bornés à mettre à propos de chacun des sièges différents : cæcum, côlon transverse ou S iliaque, la séméiologie générale du cancer intestinal.

Nous essayerons, à notre tour, de décrire quelques-uns des types les plus fréquents. Nous essayerons de baser cette classification sur l'anatomie pathologique de la tumeur, sur l'anatomie ou mieux la localisation de cette tumeur sur le gros intestin, enfin sur la physiologie du segment intestinal envisagé. Mais vouloir faire rentrer des formes cliniques dans des cadres précis tracés par l'anatomie pathologique, l'anatomie et la phy-

siologie, c'est ignorer toutes les lois de la pathologie générale, et nous ne pouvons que souscrire à l'opinion de Bard formulée à propos des formes cliniques de la tuberculose : « Il importe de ne pas s'adresser à une seule base, de ne pas établir de classifications linéaires, il est indispensable que la caractéristique des formes soit le résultat de la compréhension synthétique de l'ensemble des caractères. Par là, la classification doit être forcément complexe ; elle ne peut être établie ni *a priori*, ni par développement logique, elle doit résulter de l'étude attentive d'un grand nombre de cas. »

C'est là l'écueil où sont tombés beaucoup d'auteurs, formant des cadres cliniques dans le but de faciliter le diagnostic de la maladie, alors que ce diagnostic doit être fait suivant l'ensemble des symptômes propres à l'affection envisagée. « Ce n'est qu'après avoir établi ce diagnostic principal qu'on se préoccupe d'aller plus loin, qu'on a besoin de rechercher la forme particulière de la maladie, seul moyen d'arriver à individualiser le pronostic et la thérapeutique. » C'est en s'inspirant de cette fausse conception de l'utilité des formes cliniques que l'on voit certains prendre un symptôme prépondérant devenu par là une source de difficultés et en faire une nouvelle forme. Ce faisant, il est aisé de multiplier les types, de morceler un cadre clinique en une foule de petits tableaux dont l'utilité est nulle et dont le danger est aussi grand, plus grand même qu'une séméiologie trop touffue.

Des nombreuses observations que nous avons dépouillées, le premier fait qui se dégage immédiatement, c'est l'antagonisme qui existe, au point de vue symptoma-

tique, entre le cancer de la portion gauche du côlon et celui de sa portion droite, ou en localisant davantage, entre les cancers du cæcum et les cancers de l'S iliaque, puisque ce sont là les deux sièges les plus fréquents. Tandis que les seconds sont constipants, compatibles avec un bon état général, avec une période de latence souvent longue, souvent aussi entrecoupée de périodes d'obstruction ou d'occlusion, présentant en somme l'allure clinique qu'on est habitué à rechercher dans les cancers du gros intestin, les premiers ont une symptomatologie bien différente. Réagissant rapidement sur l'état général, se révélant vite par des signes physiques, ces derniers ont souvent comme signe principal et même unique, la diarrhée. C'est elle, avec la cachexie précoce, qui constitue le fond du tableau. Quelquefois viennent s'ajouter en plus quelques douleurs ou coliques légères, des troubles digestifs, ou, mais très rarement, quelques symptômes d'obstruction intestinale. Il existe donc deux formes bien différentes en rapport avec le siège anatomique et la nature anatomo-pathologique du cancer : l'une cæcale ou diarrhéique, l'autre pelvienne ou constipante.

A côté de cette influence de la localisation du cancer sur le tube intestinal lui-même, existe l'influence de ses rapports avec les organes voisins. Nulle part cette influence n'est plus sensible que sur l'estomac dans les cas de néoplasmes du côlon transverse. Aussi, dans des cas semblables, trouverons-nous une véritable symptomatologie gastrique. Et par là, nous ne voulons pas entendre simplement les troubles gastriques qui peuvent se produire dans n'importe quel cancer intestinal, à la

suite de stercorémie par exemple. Nous voulons envisager simplement les faits où le tableau clinique est tel : vomissements, dyspepsie, dilatations gastriques, ondu-lations stomacales, que le diagnostic de cancer pylorique doit être nécessairement fait par le chirurgien non pré-venu. Il existe donc une troisième forme où la sympto-matologie gastrique est si apparente, si marquée, qu'elle occupe le premier plan, laissant complètement dans l'ombre les troubles intestinaux. C'est là la troisième forme ou forme gastrique que nous avons l'intention d'étudier.

Il est d'autres cas où la localisation du cancer semble n'avoir aucun intérêt, et où bien plus, la présence de la tumeur sur l'intestin ne produit aucune réaction de l'organe, aucuns troubles fonctionnels venant trahir son vice de fonctionnement. Bien entendu, les signes phy-siques aussi sont absents, au début tout au moins. Seul un amaigrissement inexpliqué, une cachexie souvent rapide viennent éveiller l'attention sur un néoplasme ab-dominal probable. Et dans cette forme atteignant seule-ment l'état général, il nous a semblé qu'on pouvait voir deux types un peu différents. L'un c'est le type cachec-tique où les malades maigrissent, perdent leurs forces et où malgré toutes les investigations on ne trouve rien de net comme étiologie. Dans l'autre, ce qui domine c'est l'anémie : les malades présentent tous les symptô-mes d'une anémie profonde avec parfois conservation de l'embonpoint. Dans ce dernier cas, une hémorragie abondante par le rectum en est parfois la cause, plus souvent il pourrait s'agir d'une de ces petites hémor-ragies fréquentes et répétées, mais difficilement de

celles sur lesquelles de nombreux auteurs ont attiré l'attention.

Enfin, c'est parfois une complication qui vient changer totalement l'allure clinique du cancer du gros intestin. C'est ainsi que des poussées inflammatoires, des abcès, qui se développent au niveau de la tumeur, viennent en altérer les symptômes habituels d'une façon tellement radicale, que de fréquentes erreurs de diagnostic sont faites. Il s'agit donc là d'une forme inflammatoire se présentant avec les allures d'une affection abdominale aiguë, qu'on est surpris de voir quand il s'agit d'une affection aussi chronique que le cancer. Aussi le plus souvent, dans des cas semblables, l'erreur est-elle faite avec l'appendicite ; d'autant plus que c'est en général à la suite du cancer du cæcum que ces phénomènes inflammatoires se produisent.

Dans certains cas la complication ne se produit pas au niveau de la tumeur, mais à distance d'elle. Il s'agit alors d'une perforation dans une portion de l'intestin, située au-dessus de la sténose, le cæcum généralement, à la suite de cancer de l'S iliaque. Le péritoine n'ayant pas réagi dans cette région, la perforation qui se produit se fait dans la grande cavité péritonéale et le tableau qui en résulte est alors celui de la péritonite généralisée. Tels sont donc les types principaux que nous avons l'intention d'envisager :

1° Un type diarrhéique ou cæcal.

2° Un type gastrique appartenant au côlon transverse ou à ses angles.

Un type sténosant appartenant au côlon pelvien et comprenant lui-même :

3° La forme avec constipation et obstruction.

4° La forme avec occlusion aiguë.

5° Un type sans symptômes locaux ou fonctionnels avec simple réaction sur l'état général.

Enfin, deux autres formes cliniques peuvent se voir en rapport avec des complications bien connues aujourd'hui des cancers du gros intestin :

6° Une forme inflammatoire, due à une inflammation limitée voisine de la tumeur.

7° Une forme avec péritonite généralisée, due à une ulcération à distance de la sténose.

Est-ce à dire que toutes ces formes auront une individualité bien tranchée ? Voulons-nous affirmer par là que tous les cancers du cæcum auront une symptomatologie diarrhéique sans jamais présenter d'obstruction ou même d'occlusion ? ou que les troubles digestifs ne pourront se rencontrer exclusivement que dans les cas où le cancer est localisé au côlon transverse ? ou que le cancer de l'S iliaque soit implacablement sténosant ? Absolument pas, et il est bien évident que parfois toutes ces formes pourront se mêler les unes aux autres dans des proportions variables, jusqu'à perdre absolument leurs caractères. Rien n'est absolu en médecine, et nous n'avons pas la prétention de tracer à une chose aussi variable que la clinique des limites précises, dont elle ne devra pas sortir. Mais, il nous a semblé simplement qu'il existait là des formes cliniques vraies, se rencontrant parfois avec assez de netteté, pour qu'on puisse les individualiser, et nous avons voulu tout bonnement les étayer sur de simples substratums anatomiques ou anatomo-pathologiques. L'étude du cancer du gros

intestin nous a semblé ainsi pouvoir gagner un peu de clarté et de précision à une semblable classification.

Ces réserves faites, nous pouvons aborder maintenant l'étude des divers types cliniques que nous avons en vue.

FORME DIARRHÉIQUE OU CÆCALE

Les tumeurs du cæcum se présentent généralement sous forme de tumeurs assez volumineuses, végétantes, proliférantes, encéphaloïdes, suivant l'expression classique. Il y a là un caractère en opposition parfaite avec les tumeurs de l'S iliaque par exemple, qui sont petites, dures, rétractées, qui, autour d'elle, déterminent une réaction fibreuse contribuant davantage à la sténose, se présentant parfois sous la forme d'un rétrécissement presque linéaire. A la coupe, les tumeurs du cæcum présentent des végétations molles, friables, ulcérées, facilement saignantes. La tendance à l'ulcération y est plus marquée que dans les autres portions du gros intestin; elle est prouvée par les réactions inflammatoires, par les abcès qui se développent tout autour du cæcum, par les faits de cancer débutant par la valvule de Bauhin, entraînant de l'obstruction d'abord, puis ne tardant pas à ulcérer toute la valvule, autorisant ainsi de nouveau le libre passage des matières fécales.

Si on ajoute à cette tendance à l'ulcération l'implantation parfois latérale de la tumeur dans une partie du cæcum qui n'est pas sur le cours direct des matières, le diamètre plus grand du cæcum, et surtout la nature liquide des fèces à ce niveau, on comprendra que les

tumeurs du cæcum soient moins sténosantes que celles du côlon pelvien.

Si l'on tient compte de la situation anatomique du cæcum, qui est plus ventral, plus facilement perceptible à la palpation que l'anse pelvienne, de ce fait que la lipomatose consécutive au cancer y est particulièrement marquée on aura l'explication de cette constatation que les tumeurs de cette région sont plus facilement découvertes par la palpation. La fréquence des phénomènes inflammatoires nous fera comprendre la possibilité de l'immobilité de la tumeur et de son adhérence à la paroi antérieure de l'abdomen dans certains cas.

L'observation d'un des derniers malades que nous avons examinés et qui présentait un cancer cæcal avec diarrhée fera mieux comprendre cette forme clinique qu'une longue description.

Il s'agissait d'un homme âgé de 48 ans, entrant à l'hôpital pour des coliques légères et de la diarrhée remontant à quatorze mois environ.

L'affection avait débuté au mois d'avril 1906 par des coliques survenant tous les trois ou quatre jours. Ces coliques duraient peu, une ou deux minutes au plus. Elles venaient particulièrement l'après-midi ou le soir, mais sans causes appréciables, venant brusquement et cessant de même. Elles s'accompagnaient de gargouillement, mais jamais le malade n'a observé ni météorisme, ni contractions péristaltiques, ni aucun phénomène d'obstruction. Le plus souvent ces coliques se terminaient par une selle. Et c'est là le second caractère sur lequel insiste le malade : la diarrhée. Depuis qu'il est malade, en effet, il se plaint de diarrhée d'a-

bord venant tous les deux ou trois jours sous formes de plusieurs selles liquides, puis progressivement devenant plus fréquentes. Il n'a jamais eu une selle solide durant le cours de sa maladie, tantôt elles sont pâteuses, tantôt liquides, souvent accompagnées de glaires. Quelquefois (4 à 6 environ) il a noté du sang décomposé, noirâtre, mélangé aux matières. Jamais de fragments de tumeur. Il a aussi présenté, mais très rarement un peu de lientérie.

Jamais de crises douloureuses violentes. Jamais de constipation, ni d'obstruction, le malade n'étant jamais resté deux jours sans aller à la selle.

Quatre mois après son entrée, pendant sept à huit semaines, il a présenté une forte diarrhée avec cinq ou six selles par jour. Deux mois plus tard, les douleurs de coliques avait diminué, faisant place à une sensation de malaise assez indéfinissable.

Les troubles gastriques furent toujours très modérés, à peine quelques pesanteurs d'estomac et quelques renvois. Il n'a vomi que deux fois. Pas de perte de l'appétit.

Le malade a perdu ses forces et il a maigri de 12 à 15 kilos depuis le début de sa maladie.

A l'examen, on pouvait constater une tumeur du volume d'une mandarine, située sur la ligne horizontale passant par l'ombilic et dans la fosse iliaque droite, non mobilisable, dure, irrégulière, un peu douloureuse.

L'opération faite quelques jours plus tard confirmait le diagnostic de cancer de cæcum.

L'observation de ce malade nous montre en abrégé

le type clinique que nous étudions en ce moment. Nous croyons que la diarrhée en constitue un des symptômes les plus importants. Tantôt elle vient comme un signe de début (Anschütz) existant seule à ce moment, formant toute la symptomatologie du cancer, bien fruste comme on le voit. Elle peut alors persister pendant toute la durée de l'affection et rester légère ou au contraire prendre par moment une acuité particulière, une abondance telle, qu'elle acquiert les caractères d'une véritable dysenterie. Tantôt, et peut-être plus souvent, elle coexiste avec des crises de coliques, mais qui ne sont pas des crises de rétention, d'obstruction produite par un intestin qui se défend contre la sténose, mais simplement des coliques produites par l'inflammation catarrhale de la muqueuse.

Enfin, quelquefois cette diarrhée ne fait que succéder à la constipation. Dans des cas semblables il est difficile d'admettre qu'il s'agisse d'une diarrhée par stercorémie (König, Cræmer, etc.), car on ne constate aucun des signes décrits par ces auteurs comme symptomatiques de l'intoxication stercorale. Nous pensons qu'il s'agit plutôt de cancer localisé sur la valvule de Bauhin, ayant d'abord entraîné de l'obstruction, puis, la valvule détruite par les progrès de l'affection, permet de nouveau le libre passage des matières.

Nous voyons qu'il existe donc deux catégories de malades diarrhéiques.

Ceux qui ne présentent que de la diarrhée en général modérée, une ou deux selles liquides par jour et sans autre symptôme fonctionnel. Ceux qui présentent en outre des crises de coliques légères, parfois du ténésme.

L'abondance des selles liquides est, nous l'avons déjà dit, très variable : tantôt une ou deux selles quotidiennes, tantôt au contraire huit, dix, quinze selles par jour. C'est ainsi qu'elles étaient qualifiées d'incoercibles dans les observations de Du Castel, Tixier, Caird. Véritable dysenterie, rapporte Appert, dans un autre cas présenté à la Société anatomique de Paris. Assez violentes dans un cas de Du Castel pour entraîner la mort. Et parfois, en plus, s'ajoute l'expulsion de mucosités abondantes, parfois teintées de sang; d'autres fois, ce sont de véritable mœlénas de sang généralement noirâtre et partiellement décomposé.

Cette diarrhée n'est pas due uniquement à la rétention des liquides et à leur fermentation. Gouilloud qui a bien vu cette symptomatologie diarrhéique des cancers cœcaux, faisait allusion à des cas où il l'a rencontrée dans des sténoses cicatricielles consécutives à des hernies étranglées, ce qui tendrait à faire croire qu'elle est uniquement sous la dépendance de la sténose. Il est probable qu'il existe une autre cause, soit une action irritante des produits de sécrétion du cancer, déterminant tout le long du gros intestin une inflammation catarrhale; soit une action réflexe inexpliquée, car même après la levée de l'obstacle cette diarrhée continue à se produire pendant quelque temps. C'est ainsi que ce fait est mentionné dans les observations de Cazès, Tixier, Jaboulay, Van Schulten, Gouilloud, etc.

Les crises de coliques qui accompagnent souvent le symptôme précédent ont déjà retenu notre attention au début de cette étude, nous n'y reviendrons pas ici.

L'état général est fréquemment altéré.

C'est là encore une différence bien frappante avec les cancers du côlon pelvien. Autant les malades de cette catégorie semblent peu touchés par leur néoplasme et conservent jusqu'à la fin une apparence de santé qui fait moins redouter le cancer, autant les cancers du cæcum agissent rapidement et profondément sur l'organisme. La plupart des observations mentionnent un amaigrissement de plusieurs kilogrammes, de la perte des forces et de l'appétit, un teint pâle, une allure générale de cachectique. Faut-il admettre qu'il s'agisse là d'une résorption plus grande des produits néoplasiques, soit par la muqueuse du cæcum saine ou altérée, soit par l'ulcération parfois vaste et profonde du néoplasme lui-même ? Peut-on admettre que cette cachexie est le fait de la stagnation des matières dans l'ampoule cæcale et de la fermentation qui en résulte, ou bien est-elle due simplement aux troubles digestifs concomitants : dyspepsie, anorexie, vomissements parfois, etc. La question est difficile à résoudre et l'on peut penser que ce triple facteur intervient en même temps.

Les signes physiques que l'on rencontre dans cette forme sont ceux que l'on trouve dans tous les cancers de l'intestin, quelles qu'en soient la localisation et la forme, nous ne les étudierons donc pas en détail. Nous tenons seulement à dire que les tumeurs du cæcum se présentent sous deux aspects, qui ne sont du reste que deux étapes cliniques d'un même processus. Tantôt en effet on trouvera une tumeur dure, irrégulière en général, très légèrement mais très peu douloureuse, de volume variable, mobilisable. Mobilisable avec la main dans toutes les directions, mais surtout en dedans, quel-

quefois dans ce sens, on pourra arriver à lui faire dépasser la ligne médiane. Mobilisable avec la respiration. Bien que ce ne soit pas l'avis de Kœnig, qui fait de ce signe un symptôme différentiel avec les tumeurs de l'estomac. Mobilisable enfin, par le contact lombaire donnant le phénomène du pseudo-ballotement rénal.

Tantôt, et cela rapidement parfois, la tumeur sera plus sensible, moins limitée, plus douloureuse et restera immobile. Dans ces cas, des adhérences se seront formées qui l'immobilisent aux parties voisines, et à un degré plus avancé, la tumeur fera corps avec la paroi antérieure, permettant ainsi des erreurs faciles avec toutes les affections inflammatoires de la région.

Tels sont les principaux caractères de la forme diarrhéique :

Selles liquides journalières survenant sans aucun symptôme douloureux ou s'accompagnant de crises de coliques, présence non rare de mucosités ou d'un peu de sang.

Amaigrissement souvent considérable, véritable cachexie dans certains cas.

Symptômes gastriques : pesanteurs après les repas, anorexie, vomissements même.

Tumeur assez rapidement perceptible, d'abord mobile et limitée, puis contractant vite des adhérences dures, immobiles et plus diffuses.

Les erreurs de diagnostic sont fréquentes et des plus variables. On pourrait en citer de bien nombreuses, si cette longue énumération ne devait être inutile et fastidieuse. C'est ainsi que Cash diagnostiqua une appen-

dicite, Gilfort croyait opérer une tumeur rénale, Lardennois rappelait le cas d'un adénome de la paroi antérieure de l'estomac avec ulcération dysentérique de l'intestin, et celui d'un kyste hématique du mésocolon transverse. Monod, à une séance de la Société de chirurgie de Paris (1898), présentait un cancer du cæcum, le diagnostic porté par Hayem et lui avait été celui de cancer de l'ovaire. Et sans aller chercher des diagnostics d'exception, n'arrive-t-il pas continuellement que l'on confonde des néoplasmes du cæcum avec des tumeurs simplement inflammatoires (Marchand, Demoulin, Delbet, Lejars), avec la tuberculose iléo-cæcale, avec des entéro-colites muco-membraneuses (Delherm).

Nous nous réservons de revenir sur le diagnostic de l'appendicite, des tumeurs inflammatoires simples et des lésions suppurées des organes voisins au chapitre où nous traiterons la forme inflammatoire du cancer intestinal. De même nous renverrons l'étude du rein mobile du cancer du pylore au chapitre suivant, nous ne parlerons ici que de l'entérite muco-membraneuse, des colites chroniques et de la tuberculose iléo-cæcale.

L'entéro-colite muco-membraneuse présente parfois un tableau symptomatique qui se rapproche étrangement de celui que nous venons de décrire. Constipation de quelques jours à laquelle succède une diarrhée abondante sous forme de débâcle, contenant des matières fécales dures, bosselées, fragmentées, des mucosités et des glaires parfois sanguinolentes, des fausses membranes rubanées. Douleurs sous forme de coliques paroxystiques, ou de sensation pénible à la palpation,

siégeant souvent dans la région cœcale. Hyperexcitabilité de l'intestin donnant des contractions segmentaires à la moindre pression. Tels sont les principaux symptômes de cette affection. Et si l'on se rappelle qu'il existe une forme uniquement diarrhéique décrite par De Langhenhagen, que parfois les malades qui sont atteints de cette affection sont pâles, amaigris, décharnés, paraissant en proie à une véritable cachexie cancéreuse (Charrier), que la contraction intermittente segmentaire en est un symptôme non rare qui peut en imposer pour une tumeur et conduire à l'intervention (cas de Pauchet), on comprendra facilement que le diagnostic entre ces deux affections soit parfois très difficile.

Aussi n'existe-t-il pas de symptôme vraiment différentiel entre les deux maladies. Faut-il avec Mathieu insister sur la présence plus complète, plus antérieure surtout, de la constipation dans l'entéro-colite. Dans cette affection, c'est elle, en effet, qui constitue le symptôme capital dont découlent tous les autres, les débâcles diarrhéiques en particulier? Faut-il s'attacher avec plus de soin à l'examen des selles moulées, dures, desséchées, fragmentées dans l'entérite avec leur cortège de glaires, de mucosités sanglantes et de fausses membranes caractéristiques? Boas a préconisé dans les cas douteux l'examen attentif des ondulations péristaltiques, ce symptôme indiquant plutôt la sténose que la simple contracture irritative de l'intestin. Mais ce sont là des symptômes bien vagues et certes insuffisants pour le diagnostic. Aussi ne pouvons-nous que nous rallier à l'avis du plus grand nombre des chirurgiens

contemporains et dire que chez tout individu âgé une diarrhée persistante doit être suspecte, que toute diarrhée ayant résisté à un traitement médical, s'accompagnant de troubles généraux d'intensité croissante, est passible d'une laparotomie exploratrice qui seule permettra d'établir un diagnostic précis.

Les mêmes considérations trouvent leur place quand il s'agit de colites anciennes chroniques. Nous les étudierons plus en détail à propos des sigmoïdites. Bornons-nous à dire que la palpation, dans les deux cas, donne des résultats un peu différents. Dans les colites, on trouve une sorte de blindage, de cartonnage, occupant tout le côlon ou une grande portion tout au moins. Elle est un peu douloureuse à la pression. Cela n'existe pas dans le cancer. C'est ainsi que Mathieu et Chauffard ont rapporté deux cas où le diagnostic de néoplasme fut soulevé en face de cette induration massive; l'intervention montra qu'il s'agissait d'une inflammation chronique non néoplasique. De plus, si, dans ces affections, on trouve des zones de contractures d'origine réflexe, qui peuvent en imposer pour une tumeur, elles disparaissent à la suite d'un traitement approprié. On sera donc obligé quelquefois, dans les cas douteux, d'attendre l'effet produit par les purgatifs et les lavements avant de se prononcer d'une façon catégorique.

La tuberculose du gros intestin peut revêtir soit la forme ulcéreuse, soit la forme hypertrophique.

Dans la première, le symptôme dominant est la diarrhée; dans la seconde, c'est la tumeur. Ne sont-ce pas les deux symptômes capitaux du cancer cœcal? Le diagnostic est donc à faire et l'erreur est facile. On ne

peut guère compter, comme certains le prétendent, sur la coexistence de lésions pulmonaires ou d'autres manifestations bacillaires. La tuberculose iléo-cæcale est généralement primitive. On ne peut non plus se baser sur l'âge des sujets, le cancer cæcal se voyant parfois chez les jeunes gens.

Obraztov a insisté sur quelques signes physiques différents. La tuberculose respecterait la forme du cæcum. Elle formerait une tumeur généralement volumineuse, se prolongeant sur le côlon ascendant, donnant ainsi une masse dure, décroissant progressivement. De plus, l'infiltration des tissus et des adhérences inflammatoires se forme plus rapidement, de telle sorte que la tumeur est vite immobile. Le cancer cæcal, au contraire, garde moins la forme de l'organe qu'il attaque. Il se présente comme une tumeur arrondie, le plus souvent, irrégulière, d'abord mobile, généralement moins volumineuse que la tuberculose. La réaction sur l'appareil lymphatique étant plus prononcée dans la tuberculose, on pourrait sentir les ganglions mésentériques avec plus de facilité que dans le cancer. Enfin, on y rencontre quelquefois des tumeurs multiples, alors que, dans le cancer, cette multiplicité est rare.

Parmi les autres procédés accessoires de diagnostic, citons la numération globulaire, une hyperleucocytose très marquée étant plutôt en faveur de la tuberculose, l'examen des selles permettant de constater la présence du bacille de Koch, enfin la séro-réaction tuberculeuse d'Arloing et Courmont, conseillée par Dieulafoy.

Inutile de signaler la difficulté d'un semblable diagnostic. Cliniquement il l'est, c'est certain. Mais, une

fois la laparotomie faite, il l'est encore et, bien plus, pièces en main, le doute subsiste encore. Marchand, et avec lui beaucoup d'autres auteurs, insistait sur ce point avec juste raison.

L'erreur est sans gravité bien grande, du reste, la conduite opératoire devant être la même dans les deux cas.

OBSERVATION I (inédite)

(Recueillie dans le service de M. Bérard.)

Cancer du côlon ascendant. Diarrhée continue. — Coliques. Pas de symptômes d'obstruction. Gros amaigrissement. Mæléna. Tumeur perceptible.

M. J., 48 ans, cultivateur, entre à l'hôpital le 7 mai 1907. Pas d'antécédents héréditaires ou personnels.

Il entre à l'hôpital pour des coliques et de la diarrhée remontant à quatorze mois environ.

Son affection a donc commencé au mois d'avril 1906 par des coliques assez fortes, survenant tous les trois ou quatre jours. Ces coliques ne duraient qu'une ou deux minutes. Elles venaient et disparaissaient brusquement. Elles ne l'empêchaient pas de travailler, mais l'obligeaient simplement à s'arrêter dans son ouvrage. Leur début se faisait le plus souvent par la fosse iliaque droite, puis la propagation se faisait vers la gauche. Il y avait des gargouillements sans que jamais le malade n'ait remarqué des ondulations péristaltiques. Ces coliques existaient surtout dans l'après-midi et dans la soirée, très rarement le matin.

Le plus souvent, ces coliques se terminaient par une selle. Et c'est là le second caractère sur lequel insiste le malade : la diarrhée. Elle existe depuis qu'il est malade, d'abord

venant tous les deux ou trois jours, puis devenant progressivement plus fréquente. Le malade n'a jamais eu depuis qu'il est malade une selle moulée. Il n'a jamais eu non plus de selles dures suivies d'une débâcle diarrhéique symptomatique d'une période d'obstruction. Les selles sont généralement liquides, d'une coloration jaunâtre, souvent on peut y voir des glaires et quatre à six fois le malade a remarqué du sang décomposé. Jamais des fragments de tumeurs. Parfois un peu de lientérie.

Quelquefois un peu de ténesme au moment des fortes crises diarrhéiques.

Il y a quatre mois, il eut une forte diarrhée ayant duré pendant deux mois, avec quatre à six selles par jour et des faux besoins fréquents. Il y a deux mois, diminution des douleurs qui, au lieu d'être intermittentes, sont continues, comme une sensation de malaise indéfinissable.

Le malade n'a jamais eu de troubles digestifs, au début tout au moins. Ce n'est guère que depuis six mois qu'il a remarqué quelques pesanteurs d'estomac et quelques renvois. Il n'a vomi que deux fois accidentellement. Il n'a pas perdu l'appétit et mangerait si l'alimentation ne lui causait pas des douleurs. C'est ainsi que lorsqu'il fait un repas copieux, les douleurs sont augmentées.

Le malade a perdu ses forces. Il a maigri de 12 à 15 kilos. Il a jauni.

A l'examen. — Le malade est maigre, les téguments ont pris une teinte jaune paille assez typique.

L'abdomen est souple, sans grande déformation apparente. Il semble cependant, par un examen très attentif, que la région cæcale est très légèrement bosselée.

A la percussion, la tonalité cæcale est certainement un peu plus élevée que de l'autre côté.

Par la palpation on trouve une tumeur dure, irrégulière, de volume difficile à bien préciser, à peu près celui d'une mandarine. Cette tumeur a ses limites assez précises, et ce qui empêche de bien les apprécier, c'est la tension du muscle

susjacent. Elle est un peu douloureuse à la pression. Elle n'est pas mobilisable avec la main, même lorsqu'on essaye de la repousser en dedans par l'échancrure costo-iliaque. Pas de mobilisation par la respiration. Par la palpation lombo abdominale, elle donne le faux ballottement rénal. La situation correspond exactement à l'intersection des lignes mamelonnaire et ombilicale.

Du côté du cæcum on a un peu de gargouillement. Et par moment on a l'impression de faire passer des gaz à travers la sténose.

Pas d'ascite.

Rien du côté du foie.

Quelques ganglions dans les aines et dans les creux sus-claviculaires.

Rien au toucher rectal.

Du côté de l'estomac, au niveau de la région pylorique, sensation de résistance des muscles droits avec au-dessus induration peu précise. Un peu de clapotage gastrique.

Le 9 mai, intervention. On trouve une grosse tumeur du côlon ascendant en dessous de l'angle droit, avec infiltration des mésos et fortes adhérences à plusieurs anses grêles, qui rendent l'extirpation impossible.

On referme la paroi sans rien faire. Guérison opératoire, mais progressivement affaiblissement et cachexie.

Le 1^{er} juillet, le malade, de plus en plus faible, vit encore.

OBSERVATION II

(Obs. n° 24 *in th.* Cavaillon.)

Cancer de la portion initiale du côlon ascendant. Obstruction chronique. Amaigrissement. Troubles digestifs avec vomissements.

Femme sans antécédents héréditaires ou personnels notables. L'affection actuelle a débuté en septembre 1899 par une obstruction chronique : suspension momentanée des

selles, ballonnement abdominal, vomissements. Jamais de sang, mais d'abondantes mucosités glaireuses

En octobre 1899, la malade entre dans le service de M. Jaboulay. Elle est très amaigrie, l'alimentation est devenue impossible à cause des vomissements provoqués par l'absorption de la moindre quantité de liquide et des douleurs atroces que l'alimentation lui fait éprouver.

Les douleurs existaient dans tout l'abdomen sans prédominance bien spéciale. Il y avait en même temps des contractions péristaltiques nettes.

Le ventre était très ballonné, et à cause de ce symptôme on ne pouvait qu'à peine soupçonner un peu d'empatement dans la région cæcale.

Le 3 novembre 1899, M. Jaboulay intervint et se rend compte qu'il existe un néoplasme occupant le côlon ascendant juste au-dessus de la valvule iléo-cæcale. La tumeur étant adhérente et des ganglions voisins étant suspects, on fait un anus artificiel. Suites excellentes.

Le 3 décembre, nouvelle intervention. Anastomose iléo-colique latéro-latérale au bouton. L'état général s'améliora considérablement, les vomissements disparurent. La malade engraisa et deux mois et demi après elle put sortir de l'hôpital dans un état très satisfaisant.

Le 23 février 1903, la malade entre de nouveau dans le service. L'anus artificiel laisse échapper des matières et des glaires. La paroi est envahie par des bourgeons néoplasiques ulcérés. A son entrée, les téguments ont la teinte néoplasique, l'amaigrissement n'est pas extrême, il n'y a pas d'œdème des jambes, l'abdomen n'est pas ballonné, on sent par la palpation un empatement dans la région cæcale. On y trouve aussi un peu de submatité.

Rien au toucher vaginal, rien au toucher rectal.

Le 31 mars, intervention. Section du grêle à 10 centimètres de son embranchement colique, anastomose au bouton de Villard du bout central dans le côlon descendant. Suites bonnes, mais pendant le mois d'avril l'état s'aggrave et la malade meurt le 3 mai.

OBSERVATION III

(Obs. n° 104, *in th.* Cavaillon.)

Cancer du cæcum et du côlon ascendant. Début par des douleurs.
Pas de troubles de la circulation intestinale. Pas de symptômes
gastriques.

H..., 62 ans. Pas d'antécédents.

En juillet 1904, quelques mœlénas.

L'affection a débuté en décembre par quelques douleurs
légères dans l'hypocondre droit avec gargouillements et
roulements.

Ces douleurs apparaissent sous forme de crises une ou
deux fois par jour, puis deviennent plus fréquentes, cinq à
six par jour.

Constipation combattue par les lavements. Jamais de
diarrhée. Jamais de troubles digestifs.

Trois semaines avant son entrée, a trouvé une tumeur
dans la fosse iliaque droite, c'est pour cela qu'il entre.

A l'entrée, l'état général est relativement bon, mais les
forces ont diminué. Les crises douloureuses sont les seuls
symptômes accusés par le malade. Il n'a pas eu d'obstruction
vraie. Ventre souple, non ballonné.

Dans la fosse iliaque, tumeur dure, irrégulière, du volume
d'une orange, douloureuse à la palpation, profonde, mobi-
lisable, non mobile par la respiration. Au-dessous d'elle,
clapotage et par la percussion bruit hydro-aérique.

Au niveau, on entend un bruit de glouglou en chapelet
indiquant le passage d'un liquide en un point rétréci.

Ganglions inguinaux.

Rien au toucher.

Opération, 20 février 1905. Constataction d'un cancer du
cæcum ayant envahi le côlon ascendant.

Exclusion bilatérale. Résection secondaire. Mort.

Examen de la pièce, elle comprend tout le côlon ascendant,

10 centimètres d'iléon et 70 centimètres d'intestin grêle. On voit que la tumeur n'appartient pas en propre au cæcum, elle fait saillie à sa face interne et paraît avoir débuté au *niveau de la valvule*. Elle forme là une tumeur du volume d'une mandarine végétante non ulcérée. Admet un crayon. Cancer épithélial glandulaire.

Ganglions examinés n'ont rien révélé.

OBSERVATION IV (Delore)

(Obs. n° 18, *in th.* Cavaillon.)

H..., 47 ans. Signes d'obstruction cæcale depuis trois mois. Actuellement, diarrhée. On sent l'anse susjacente au cæcum dilatée, clapotante. Cæcum gros et dur.

Laparotomie. Exclusion unilatérale.

Le malade sort guéri le 30 août 1903, quinze jours après son entrée.

En septembre 1903, le malade va bien.

OBSERVATION V (Devic et Villard)

(Obs. n° 3, *in th.* Cavaillon.)

F..., 62 ans. Entre en septembre 1903 à l'Hôtel-Dieu, très amaigrie, presque cachectique, avec une teinte jaune paille.

Elle présente une diarrhée persistante avec des douleurs abdominales siégeant à droite et très vives. Vomissements fréquents. Ni mœléna, ni hématomèse.

En décembre 1903, tumeur du volume d'un poing qui ne semble pas se continuer.

En avril 1903, l'amaigrissement continue. La tumeur a augmenté de volume. La diarrhée s'est installée abondante et persistante.

Le 22 juin 1904, intervention. Tumeur du cæcum avec

anses grêles agglutinées. Anastomose latérale iléo-colique transverse.

L'opération n'empêche pas la malade de se cachectiser. La diarrhée est très fétide. Œdème des jambes.

OBSERVATION VI

(Obs. n° 2, *in th.* Cavaillon.)

Cancer du cæcum inextirpable. Diarrhée. Amaigrissement considérable. Tumeur perceptible. Tumeur du cæcum avec fistule entéro-colique.

F..., 60 ans. Malade depuis un an. Vient à l'hôpital pour un affaiblissement considérable, qu'elle attribue à une diarrhée incoercible. De temps en temps, coliques coïncidant avec de la constipation opiniâtre qui alterne avec la diarrhée. Grosse tumeur de la fosse iliaque droite, volume d'une orange, immobile et adhérente.

Intervention. Tumeur inextirpable du cæcum, anastomose latérale iléo-colique transverse au bouton de Jaboulay.

Suites : diarrhée incoercible pire qu'avant l'intervention. La mort survient dans le marasme quarante jours après.

Autopsie : l'anastomose porte bien sur les derniers centimètres de l'iléon, mais il existe en amont une anastomose cancéreuse, entre le cæcum et une anse grêle située à 1 m. 50 environ de la valvule iléo-cæcale.

OBSERVATION VII

(Obs. Sargnon, *Lyon médical*, 1895.)

Cancer du cæcum. Diarrhée. Coliques. Amaigrissement, Tumeur perceptible. Tumeur de la partie supérieure du cæcum non sténosante.

Femme 55 ans, entre à la Croix-Rousse (service Jaboulay), le 5 juin 1895.

Pas d'antécédents héréditaires ou personnels.

Au mois de janvier, elle fut prise, alors qu'elle avait toujours été bien auparavant de *diarrhée, trois ou quatre selles par jour*, sans ténésme, sans faux besoins, sans alternatives de constipation.

En même temps, constatation quelquefois de matières noires dans ses selles.

En même temps, coliques très intenses, surtout le soir, avec prédominance à droite. Amaigrissement, continuation progressive des mêmes symptômes.

A son entrée, malade pâle et amaigrie. Tumeur du volume d'une mandarine, masquée par les anses intestinales, lisse, très mobile, ne suivant pas cependant la respiration. Pas de ballottement rénal, située à droite, remontant au-dessus de la ligne ombilicale.

Rien aux autres organes. L'estomac en particulier fonctionne bien, pas de perte de l'appétit, pas de nausées. On écarte tumeur du rein (pas de troubles urinaires, pas d'albumine), vésicule (pas d'ictère, diarrhée continue, amaigrissement marqué).

Laparotomie. Tumeur de la partie supérieure du cæcum. Intégrité du bas-fond et de l'iléon. Pas de dilatation de l'intestin susjacent, donc perméabilité de la tumeur.

Anastomose iléo-colique. Guérison.

OBSERVATION VIII

(Duteil, in *Lyon médical*, 1904.)

Cancer du côlon ascendant. Alternatives de diarrhée et de constipation. Tumeur perceptible. Amaigrissement.

Homme 48 ans. Le début de l'affection remonte à quatorze ou quinze mois par des alternatives de diarrhée et de constipation durant trois ou cinq jours, suivie de diarrhée. Puis apparurent des douleurs, surtout dans le flanc droit, survénant trois ou quatre heures après les repas. Ces derniers temps les douleurs étaient devenues très vives.

Jamais de vomissements.

Jamais rien dans les selles.

A l'entrée, le malade attire l'attention sur une tumeur qui aurait été sentie il y a dix mois par son médecin.

On sent en effet une tumeur rénitente du volume d'une mandarine, mobile transversalement, mobile légèrement pendant la respiration, siégeant un peu en dessus et en dehors du point de Mac Burney.

Pas de métorisme.

Pas de ganglions inguinaux.

État général encore bon. Amaigrissement 8 à 10 kilos

Teint un peu pâle.

Opération. Tumeur du côlon ascendant à quelques centimètres du cæcum. Résection. Anastomoses termino-latérales. Guérison.

Examen. La tumeur rétrécit notablement la lumière.

Le 7 juin 1907, le malade se porte bien.

OBSERVATION IX

(Obs. du service de Jaboulay *in th.* Cavaillon, p. 73.)

Cancer du cæcum. Coliques. Diarrhée. Troubles digestifs, légers sans vomissements. Exclusion. Diarrhée consécutive passagère.

Homme 71 ans. Bonne santé habituelle.

Début de l'affection au mois d'octobre 1904, par des coliques à la suite d'une chute. Progressivement, augmentation des douleurs abdominales, diminution de l'appétit et des forces, digestions longues, amaigrissement. Pas de vomissements.

Sans constipation *préalable*, trois à quatre selles liquides par jour.

A l'entrée, 19 mai 1905, *malade cachectique* et faible.

Météorisme avec quelques ondes péristaltiques sur l'abdomen.

Tumeur du volume du poing *dans la fosse iliaque droite, mate résistante, adhérente* à la paroi et aux plans profonds.

Opération, 23 mai. Anastomose iléo-colique avec exclusion.

Suites simples, sauf un peu de diarrhée pendant huit jours.

OBSERVATION X

(N^o 66, *in* thèse Cavaillon.)

Cancer du cæcum. Pas de troubles fonctionnels marqués, simplement un peu de ballonnement abdominal. Tumeur perceptible. Amaigrissement considérable. Tumeur à point de départ probablement valvulaire.

Homme, 62 ans, tisseur, novembre 1904.

Rien dans les antécédents héréditaires. Aurait eu personnellement, à 17 ans, une dysenterie assez grave. Son histoire pathologique se résume là, avec un anthrax du cou, il y a dix ans. Son affection actuelle s'est manifestée huit mois avant son entrée. Le malade remarqua la présence d'une petite tumeur dans la fosse iliaque droite; en même temps, apparition d'un peu de diarrhée, qui s'accompagnait de ballonnement intermittent du ventre, disparaissant après l'émission de gaz. Peu à peu, la tumeur a augmenté de volume.

A son entrée, le malade est très affaibli, d'aspect cachectique; il a eu du muguet qui, actuellement, est en voie de résolution.

A l'examen, on constate l'existence d'une tumeur dans la fosse iliaque droite, mobile avec les mouvements respiratoires.

Au palper, on sent une masse du volume d'une orange, placée au-dessus de l'arcade de Fallope, dure, bosselée, peu douloureuse. Cette masse est mate à la percussion. Pas de diarrhée, ni de constipation. Jamais le malade n'a remarqué

de selles sanglantes, ni rien d'anormal dans ses matières ; il se plaint seulement du ballonnement de l'abdomen que, seule, soulage l'émission des gaz, et d'un état de faiblesse extrême.

Opération le 30 novembre 1904. Incision sur le bord externe du muscle droit. La tumeur occupe le cæcum, la portion terminale du grêle et empiète sur le côlon ascendant. Des adhérences nombreuses, paraissant inflammatoires, entourent cette masse ; ganglions nombreux et volumineux. Extirpation de la portion terminale du grêle et d'une partie du côlon ascendant (25 cent.). Au cours du décollement des adhérences, le côlon est déchiré ; sa paroi est friable. Fermeture du bout inférieur du côlon.

Implantation terminale du grêle dans le côlon transverse.

Mort le 2 décembre 1905. Pas d'autopsie.

Examen de la pièce : épithélioma tubulaire typique.

OBSERVATION XI.

(Goullioud. Cong. de chirurgie, 1901.)

Cancer du cæcum. Douleurs influencées par l'alimentation.

Diarrhée. Amaigrissement.

H., âgé de 55 ans. Entré à l'hôpital Saint-Joseph le 29 mai 1900, dans le service de M. le docteur Clément. Depuis l'âge de 30 ans, il a souffert de troubles dyspeptiques : embarras gastriques, indigestions douloureuses, vomissements. Ces troubles produisaient de véritables crises qui duraient quelques jours et disparaissaient sous l'influence d'un traitement.

Il y a deux mois, séjour dans les hôpitaux de Chambéry pour une douleur dans la fosse iliaque droite s'accompagnant de vomissements, de fièvre, de constipation. On crut alors à une appendicite. Depuis ces deux mois, le malade a repris ce qu'il appelle ses accès de gastralgie, provoqués par l'ingestion d'aliments, suivis à cinq ou six reprises de vo-

missemments abondants. Trois fois le malade a constaté la présence de sang noir dans les selles. Pour diminuer ses douleurs, le malade s'est mis au régime lacté à peu près exclusif.

Actuellement, le malade se plaint de douleurs vagues et intermittentes dans la région épigastrique, de gargouillement, d'anorexie élective pour la viande, de diarrhée (trois à quatre selles par jour); depuis deux mois, il a maigri de 4 à 5 kilos.

A l'examen de l'abdomen, le ventre n'est ni ballonné, ni rétracté; au moment des crises, le malade a constaté du ballonnement et des ondulations péristaltiques, allant de droite à gauche. Le tapotement n'arrive pas à les provoquer.

A la palpation, pas d'induration de la région pylorique, mais dans la partie supérieure de la fosse iliaque droite on sent une grosse masse dure, ovoïde, peu sensible à la pression et qui n'est pas un rein flottant. Au-dessus, la percussion provoque un fort gargouillement. Ces divers symptômes, spécialement les vomissements marc de café, le clapotage, ont fait admettre une tumeur du pylore. C'est avec ce diagnostic que le 8 juin 1900 le malade passe en chirurgie.

Là le siège de la tumeur, très apparente dans le flanc droit, fait admettre au contraire une tumeur du gros intestin.

Opération le 13 juin 1900. — Anesthésie à l'éther, incision verticale dans le flanc droit à trois travers de doigt de la ligne blanche. Le grand épiploon qui se présente est réséqué en partie et récliné en haut.

La tumeur a son siège au niveau du cæcum, complètement envahi sans qu'on voit trace de l'appendice.

Le mésentère est incisé au niveau de l'iléon, à 12 centimètres environ du cæcum et ainsi largement réséqué, car il laisse voir par transparence de nombreux ganglions. Puis l'iléon est coupé au même niveau, c'est-à-dire à 12 centimètres environ du cæcum. On incise ensuite le méso-cæcum,

puis le méso-côlon ascendant, enfin on coupe le côlon à 4 centimètres environ au-dessus de la tumeur. Des pinces, puis des ligatures nombreuses ont été placées chemin faisant sur le mésentère et le méso, segmentés et formant un certain nombre de pédicules.

On fait ensuite un abouchement bout à bout de l'intestin grêle et du côlon et une entérorraphie avec un triple plan de sutures.

La paroi abdominale est suturée sans drainage ; triple plan de sutures.

Examen de la pièce. — La tumeur est développée au niveau du cæcum, tant cet organe est le siège d'une infiltration néoplasique scléreuse qui ne permet de reconnaître ni la valvule ni l'appendice.

La lumière de l'intestin est rétrécie. Au-dessus, l'intestin est épaissi, sa cavité est augmentée. On croirait opérer sur un estomac.

Examen histologique confirme la nature cancéreuse de l'affection.

Le 20 octobre 1900. — Le malade revu est très bien portant. Il a repris de 8 kilos depuis l'opération. Persistance d'un trajet fistuleux. Persistance de la diarrhée qui oblige le malade à surveiller son régime.

Le 2 mai 1901, le malade va bien.

OBSERVATION XII

(Goullioud. Congrès de chirurgie, 1901.)

Cancer du cæcum. Douleurs abdominales. Diarrhée.
Tumeur perceptible. Amaigrissement.

E. J..., garçon d'hôtel, né en Italie, mais habitant Lyon, âgé de 48 ans, vient à l'hôpital pour des douleurs abdominales, de la diarrhée, de l'amaigrissement. Rien à noter dans les antécédents héréditaires du malade. Il y a

deux ans, le malade souffrit tout à coup de violentes douleurs abdominales sous forme de coliques, s'accompagnant de constipation. Il eut à ce moment du méléna et des hématomés qui disparurent bientôt d'ailleurs, des vomissements alimentaires une demi-heure après le repas, des vomissements glaireux le matin à jeun (le malade est légèrement éthylique). Depuis onze mois, il a dû cesser tout travail et même garder le lit.

A son entrée dans le service de médecine, le malade présente un facies amaigri, un teint cireux, se plaint de diarrhée et de douleurs abdominales. La douleur s'accompagne de coliques et de borborygmes. Cette douleur est vive, réveillée par les repas, les mouvements; la diarrhée est tantôt noirâtre, tantôt jaunâtre, d'odeur très fétide. Les anciens phénomènes gastriques (vomissements, hémorragies), qui ont cessé depuis quelques mois, avaient fait penser tout d'abord à un néoplasme de l'estomac.

Cependant, à la palpation de l'abdomen, on trouve à droite de la ligne médiane et au-dessous de l'ombilic, une tumeur nettement perceptible du volume d'une orange, dure, peu mobile, formée de plusieurs noyaux indurés, un peu de clapotage est perceptible au-dessus. Les sommets paraissent suspects; cependant pas de signes nets à leur niveau à l'auscultation. Le malade, entré en médecine le 10 décembre 1900, est envoyé dans le service de M. Goullioud. Ce n'est qu'au début de janvier qu'on se décide à une intervention.

On reconnaît une tumeur de l'intestin, mais pas de symptômes de sténose intestinale, et le malade est dans un si triste état qu'on ne croit pas qu'on puisse penser à une ablation de sa tumeur. Le malade souffre beaucoup, au point qu'on lui fait des piqûres de morphine.

Opération le 2 janvier 1901. — Anesthésie à l'éther. Incision médiane sus et sous-ombilicale.

On trouve une grosse tumeur sur le côlon ascendant ou plutôt sur le cæcum, à 3 ou 4 centimètres de l'appendice iléo-cæcal.

On établit d'abord une anastomose entre le côlon et l'intestin grêle, entre un point du côlon situé à 10 ou 15 centimètres de la tumeur, et du côté de l'intestin grêle à 20 centimètres environ. Cette anastomose est faite au moyen du bouton de Jaboulay-Lumière ; le gros intestin est tellement aminci que le bouton ne semble recouvert que d'une membrane des plus minces. L'intestin grêle d'ailleurs n'est pas dilaté ; car il n'y a pas de sténose.

Voyant la tumeur encore mobile, on se décide à l'enlever. Section de l'intestin grêle entre l'anastomose et la tumeur, à 7 centimètres de la valvule iléo-cæcale. Le cæcum est également sectionné entre l'anastomose et la tumeur. Ablation de la tumeur.

Après l'intervention, les suites ont été assez bonnes et le 2 avril 1901, le malade part guéri, mais avec une tendance à la diarrhée que ne calma pas un régime alimentaire approprié.

Examen de la pièce anatomique. Il s'agit d'une grosse tumeur du cæcum du volume d'une petite orange. On trouve quelques ganglions dans le méso. La tumeur de l'intestin, bien que diminuée, laisse encore passer le petit doigt.

L'intestin, ouvert sur toute la longueur de la pièce, montre que la tumeur occupe surtout la paroi externe du cæcum où elle forme une saillie du volume d'une mandarine. Celle-ci est creusée d'une cavité à contenu mucilagineux d'odeur infecte. La tumeur ne faisait pas le tour de l'intestin, donc pas de sténose proprement dite. La valvule de Bauhin n'était pas atteinte.

Examen histologique montre un épithélioma cylindrique.

Le 16 octobre 1901, le malade va toujours bien malgré la persistance de la diarrhée.

OBSERVATION XIII

(Gouilloud, Congrès de chirurgie, 1901.)

Cancer du cæcum. Coliques. Crises d'obstruction. Amaigrissement.
Tumeur perceptible. Cancer sténosant de la valvule.

Le nommé Dr..., J.-B., âgé de 29 ans, est reçu dans mon service de l'hôpital Saint-Joseph, le 14 mai 1901. C'est un garçon solide, mais amaigri, qui n'a jamais été malade. Il entre à l'hôpital pour des phénomènes d'obstruction intestinale chronique. Ils ont débuté il y a un an environ; depuis cette époque, le malade a fréquemment des douleurs intestinales, sous forme de coliques qui s'accompagnent de sensation de roulement des anses intestinales et de bruits particuliers de gargouillement. Ces douleurs commencent assez nettement dans la moitié droite de l'abdomen, puis se généralisent. A trois reprises différentes, les douleurs ont été plus vives, accompagnées de vraies crises d'obstruction durant quatre à cinq jours: une seule fois, de vomissements. Le malade a considérablement maigri, non qu'il ait perdu l'appétit, mais parce qu'il a réduit de plus en plus son alimentation pour moins souffrir. Des vergetures nombreuses confirment le dire du malade, d'un énorme amaigrissement: il est tombé de 100 à 65 kilos. Le malade ne prend plus que des liquides, le vermicelle même ne passerait plus. Les selles sont régulières, pâteuses; le ventre est souple, non ballonné, couvert de vergetures.

A une palpation attentive, on remarque un bruit hydro-aérique dans la moitié droite du ventre correspondant à une zone plus sonore. Il n'y a pas de douleur à la palpation; cependant, à droite, il y a une certaine résistance par tension des muscles abdominaux; enfin, on arrive à sentir, dans l'hypocondre droit, une induration plus grosse qu'une noix, qui ne correspond ni au niveau de la vésicule, ni à celui de l'appendice iléo-cæcale et qui n'est pas un rein prolabé. Ni ascite, ni épanchement pleural.

Le 17 mai, le malade prend du café au lait, puis le vomit trois heures après, pendant que sa température monte de la normale à 40°6. Elle tombe le lendemain. Bref, le malade a eu une indigestion avec un peu d'ictère, sans qu'on puisse admettre une crise de colique hépatique.

Insufflation. L'estomac ne semble pas dilaté.

Opération. — Tumeur cæcale du volume d'une orange. Ganglions mésentériques. Induration suspecte 20 centimètres plus haut. Anastomose iléo-colique. Résection de 45 centimètres d'intestin.

La tumeur siège sur le point d'embranchement de l'intestin dans le cæcum.

Masse principale sur la face interne et postérieure de l'ampoule cæcale.

Ouverture du cæcum. Valvules épaissies, indurées avec orifice laissant passer deux hystéromètres seulement.

Au-dessus, dilatation du grêle, qui ressemble à un estomac d'enfant (25 centimètres de circonférence) et paraît épaissi.

Le point suspect du côlon ascendant est un peu induré, sans lésions bien nettes.

Examen histologique : cancer du type cæcal.

Bonnes suites ultérieures.

Quatre mois après, bonne santé; petite fistulette non encore complètement fermée. Engraissement : 8 kilos. Trois à quatre selles moulées par jour.

FORME DYSPEPTIQUE

Nombreuses sont les observations où dans un néoplasme du gros intestin, dans sa première période tout au moins, l'allure clinique était telle que le diagnostic du cancer de l'estomac s'imposait presque.

Les cas de Senn, Anger, Rindfleisch, Lennander, Schiller, Bryant, etc., cités par de Bovis, ceux de Bilton-Pollard, Hartmann, Lardennois, Gutberlet, ceux de Jaboulay, Pollosson, Delore, que nous rapportons, en sont la preuve. Cette constatation d'une forme gastrique du cancer du gros intestin a été faite depuis longtemps. De Bovis, parmi les sept types qu'il décrit, n'oublie pas d'en désigner un sous le nom de type dyspeptique, que cette « dyspepsie ait une forme gastrique, intestinale, ou les deux » Okinczye consacre aussi quelques lignes à la forme dyspeptique, ajoutant : « il faut connaître ces malades longtemps soignés pour une affection gastrique et qui perdent en traitement inutile et inefficace un temps précieux ».

Bilton-Pollard, Paul, Walsham, Cræmer, insistent tour à tour avec beaucoup de raisons sur les symptômes stomacaux comme signes de début d'un cancer gastrique.

Il existe plusieurs modalités suivant lesquelles les

symptômes gastriques peuvent se présenter au clinicien dans les cas de cancer du gros intestin. Tantôt il s'agit d'une manifestation gastrique d'un mauvais état général, de la stercorémie par rétention des matières fécales bien étudiée par Kœnig. Les malades présentent alors de l'anorexie, des pesanteurs gastriques après les repas, quelques vomissements, leur haleine est fétide, souvent d'odeur fécaloïde. Ils ont une tendance au sommeil, sont incapables du moindre effort, ils maigrissent, finissent par se cachectiser.

Un purgatif quelconque détermine pendant quelques jours un arrêt de ces symptômes, mais il n'est pas de longue durée et après une nouvelle période de constipation, ils reviennent avec la même intensité.

Le plus souvent cette stercorémie vient compliquer une symptomatologie de cancer intestinal, elle constitue seulement une complication imprimant au tableau ordinaire une physionomie un peu particulière. Par là, elle n'a pas l'intérêt de la forme gastrique du début avec ses erreurs possibles de diagnostic.

Il en est de même pour les cas où un cancer du gros intestin, du cæcum le plus souvent, réagit sur l'estomac par action réflexe. Cette action se traduit alors par des troubles dyspeptiques variés qui peuvent parfois être assez marqués pour voiler la symptomatologie intestinale.

A côté de cette forme dyspeptique du cancer du gros intestin, qu'elle soit due à la stercorémie ou à une action réflexe, il en existe une autre qui est commandée par la localisation du néoplasme : cette localisation a lieu en général sur le côlon transverse. La symptoma-

tologie par laquelle elle se traduit étant tout à fait celle d'un cancer du pylore, l'erreur de diagnostic étant fréquente, presque fatale, le nom de forme gastrique par opposition à la forme dyspeptique nous semble le meilleur.

Cette réaction des deux organes l'un sur l'autre peut être due à plusieurs causes. Tantôt, en effet, il s'agit d'une véritable propagation du néoplasme du côlon transverse à l'estomac ou réciproquement. Cette propagation peut dans certains cas être telle qu'il est, à l'opération, difficile de savoir quel a été le premier atteint. Parfois l'ulcération pourra même faire communiquer les deux organes, créant ainsi des fistules gastro-coliques (Bec). Mais ce sont là des complications rares, et à tout envisager, ce ne sont que des complications, elles n'entrent donc pas dans le cadre de notre étude.

D'autres fois, cette double action stomacale et colique est due à la simple compression de l'organe par la tumeur ou à la rétraction plus ou moins grande des mésos envahis, déterminant ainsi une obstruction par coudure de l'intestin.

Cette compression s'exerce d'une façon un peu différente, suivant qu'il s'agisse de la portion hépato-colique ou de la portion gastro-colique du gros intestin. La première portion est mobile; elle a comme rapport stomacal la région pylorique qui, elle, est fixe. Cette dernière pourra donc difficilement échapper à l'action de la tumeur lorsque celle-ci, au lieu de distendre le mésocôlon transverse le rétractera et viendra ainsi se plaquer pour ainsi dire sur le pylore. Dans la deuxième portion

du côlon transverse, la situation est exactement contraire, c'est le segment gastro-colique qui est fixe, soutenu qu'il est par l'angle gauche du côlon, et c'est la grande courbure avec laquelle il entre en rapport qui est la portion de l'estomac dont la situation varie le plus facilement. Aussi, dans un cas semblable, c'est plutôt l'estomac qui réagit sur le côlon, une tumeur de la grande courbure se révélant parfois par une symptomatologie exclusivement intestinale. Il en avait été ainsi dans un cas dont nous nous rappelons et qui fut bien typique à ce point de vue.

Dans la première face que nous venons d'envisager, la compression peut s'exercer non sur le pylore mais sur le duodénum, donnant lieu du reste aux mêmes symptômes. De plus, certains auteurs (thèse de Peutot) ont même voulu établir une différence entre la compression exercée par la tumeur elle-même, donnant des symptômes continus, et celle qui résulte de la dilatation plus ou moins grande de l'anse susjacente par la stase stercorale donnant des symptômes intermittents. Nous pensons qu'il y a là une distinction plus théorique que réelle.

Le début peut se faire de deux façons. Tantôt ce sont des vomissements inexplicables qui ouvrent la scène, le malade les mettant sur le compte d'une alimentation défectueuse et les qualifiant d'indigestions. Ces indigestions se produisent à intervalles variables, parfois à trois ou quatre reprises différentes dans un mois mais d'autres fois presque quotidiennement; il s'agit là le plus souvent de vomissements alimentaires survenant sans douleurs gastriques, sans autres phénomènes dyspeptiques. Tantôt les premiers symptômes consistent

en troubles gastriques, tels que douleurs vagues localisées au creux épigastrique, ballonnement après les repas, lenteur des digestions, renvois et hoquets plus ou moins fréquents, etc. Puis, peu à peu ces phénomènes s'accusent, d'autres viennent s'y joindre et le tableau clinique de l'affection se trouve constitué.

Les douleurs siégeant au niveau de la région stomacale en constituent un élément essentiel. Elles sont en général en rapport avec l'alimentation. Tantôt elles surviennent immédiatement après le repas, de telle sorte que pour éviter cette douleur les malades restreignent de plus en plus leurs quantités d'aliments et finissent par ne plus prendre que du lait. Aussi, l'augmentation de la ration alimentaire est-elle conseillée par Bilton-Pollard comme un moyen de diagnostic. Tantôt la douleur se produit plus tôt, trois ou quatre heures après le repas, jusqu'à ce qu'un vomissement vienne la faire disparaître. La qualité des aliments influe parfois, comme chez cette malade d'Hartmann atteinte d'un cancer de l'angle droit que l'ingestion de viande faisait souffrir presque immédiatement; telle cette malade de Lardennois qui ne pouvait absorber que du lait et par très petites gorgées, « la moindre précipitation étant chèrement payée ».

Souvent ces crises douloureuses se terminent par un vomissement et ce symptôme étant celui qui frappe le plus le malade, c'est sur son estomac qu'il attire seulement l'attention du médecin, laissant dans l'ombre toute sa symptomatologie intestinale. Ces vomissements sont généralement alimentaires; ils ont quelquefois l'odeur fécale, sans être formés par de matières fécales, enfin par-

fois ils peuvent être fécaloïdes, même en dehors de toute obstruction. Ainsi le cas d'un malade de Matlakovsky, qui en présentait de semblables depuis un an au moins avant l'apparition de sa tumeur. Mais le plus souvent les vomissements sont alimentaires et se produisent au moment des douleurs gastriques, venant mettre fin à celles-ci.

A ces deux signes fonctionnels principaux, douleurs stomacales et vomissements, viennent s'ajouter une foule d'autres petits symptômes : anorexie, lenteur des digestions, pesanteurs après les repas, etc., puis au bout d'un laps de temps plus ou moins long, variant de cinq à six mois à un an, un an et demi, la tumeur devient perceptible.

Les signes physiques par lesquels elle se révèle ainsi sont ceux de tout cancer du gros intestin. Il est cependant un certain nombre de points spéciaux, sur lesquels nous désirons insister un peu plus particulièrement.

D'abord la localisation de la tumeur. Il ne faut pas s'attendre à la trouver toujours au niveau ou au-dessous de l'ombilic. On connaît en effet l'extrême mobilité des tumeurs du côlon transverse, combien elles sont susceptibles d'allonger le mésocôlon et de venir ainsi parfois jusque dans la région sous-ombilicale. Mais ce n'est, en général, pas le cas dans les formes gastriques, où le mésocôlon est plutôt rétracté et induré, on trouvera donc plutôt une situation sus-ombilicale du cancer, rendant ainsi le diagnostic plus hésitant encore. De même la forme allongée transversalement de la tumeur reproduisant la direction du côlon transverse sera exceptionnelle. Aussi devra-t-on souvent avoir recours,

dans les cas douteux, à l'insufflation rectale. Ce mode d'examen n'est vraiment pas assez employé, car il donne d'excellents résultats, voilant les tumeurs stomacales, mettant au contraire en évidence celles qui siègent sur le côlon transverse. Elle devra du reste toujours être accompagnée de l'insufflation stomacale destinée à corroborer les renseignements donnés par elle. De même l'injection rectale d'eau, faite avec une très faible pression, montrant, comme dans une observation de M. Jaboulay, la matité s'étendant seulement sur le côlon descendant et pelvien et la sonorité demeurant intacte sur le côlon transverse, permettra aussi de faire le diagnostic de la localisation.

A ces symptômes physiques s'enjoignent d'autres qui appartiennent alors à l'estomac et qui consistent dans la dilatation de cet organe et dans les contractions péristaltiques, qu'on peut y voir survenir. Tantôt il s'agit de contractions péristaltiques vraies, tantôt de tension intermittente de la paroi. Les uns comme les autres traduisent la gêne apportée à l'évacuation du contenu stomacal.

L'affection avec laquelle on peut le plus facilement confondre un néoplasme intestinal à forme gastrique est certainement le cancer de l'estomac. Les symptômes en sont en effet fort rapprochés, et pour peu qu'il s'agisse d'une tumeur du côlon transverse, le siège étant approximativement le même, l'erreur est encore plus facile. Lorsqu'il n'y a encore que des symptômes fonctionnels purement gastriques, elle est même impossible à éviter. Ce n'est que lorsqu'on voit le malade plus tardivement, qu'un examen plus soigné, un in-

terrogatoire plus minutieux et l'insufflation combinée pourront permettre de pencher dans un sens ou dans l'autre.

De même l'illusion a pu se produire avec certains troubles fonctionnels de l'organe, gastralgie alcoolique (Terrier), crise d'hyperchlorhydrie, ou avec une colique hépatique (Hartmann).

Une erreur fréquente aussi est de prendre une tumeur du transverse, un des angles du côlon pour un rein mobile (Borélius, Tuffier, Bilton-Pollard). Les symptômes gastriques peuvent être les mêmes dans les deux affections, mais les signes physiques sont généralement un peu différents. La forme du rein est le plus souvent assez bien conservée, tout au moins, dans une première période de son évolution, où il est encore mobile. Il est parfois possible de sentir son pôle inférieur et l'encoche correspondant à son hile. De plus, sa surface est libre et uniforme. Tous les caractères n'existent pas dans le cancer intestinal. Un autre symptôme différentiel bien connu, du reste, est la réductibilité du rein dans sa loge, on le sent, par une pression faite entre la main appliquée sur la fosse lombaire et la main abdominale, filer entre les doigts et regagner sa place primitive. Tous ces symptômes n'existeront évidemment pas s'il s'agit d'un rein déplacé et ayant contracté des adhérences, ayant en somme perdu droit de domicile dans sa loge primitive. Mais cet état est en général consécutif à des phénomènes d'infection du rein : on trouvera donc des antécédents et des symptômes urinaires qui seront le plus souvent beaucoup moins marqués dans le néoplasme du côlon, si même ils existent.

OBSERVATION XIV

(N° 67, *in* thèse Cavaillon.)

Cancer du cæcum et du côlon ascendant, remontant jusqu'à l'angle droit. Syndrome pylorique. Irrégularité des selles.

Les antécédents du malade ne présentent rien jusqu'à il y a cinq ans. Depuis cette époque, malaises fréquents mal caractérisés, mais coïncidant avec la digestion. Les selles, dès cette époque, ont perdu leur régularité; tantôt la diarrhée s'établissait pour quelques jours; d'autres fois, la constipation; jamais de *mélæna*; mais, par contre, les troubles gastriques augmentaient; le moindre écart de régime provoquait le vomissement.

Depuis deux ans, le vomissement alimentaire devenait la règle; le malade n'était soulagé qu'après évacuation de l'estomac. On retrouvait, dans le vomissement, des aliments ingérés la veille ou les jours précédents. En somme, *syndrome pylorique*. L'appétit est, depuis, devenu capricieux, inégal. Amaigrissement considérable. Il y a deux mois, une crise violemment douloureuse, dans la fosse iliaque droite, oblige le malade à cesser tout travail. Cette crise dure quatre ou cinq jours. On ne sait pas s'il y a eu de la fièvre.

Il y a un mois, nouvelle crise, soignée en ville pour une appendicite. En effet, on trouvait un point douloureux nettement appendiculaire, des vomissements et un léger degré de ballonnement du ventre.

Quinze jours après, nouvelle crise douloureuse, encore plus violente. Il entre à l'hôpital. C'est un homme amaigri, néanmoins d'aspect assez résistant. Il se plaint de souffrir dans la fosse iliaque droite, où l'on découvre, en effet, un empatement assez considérable. La température est normale.

Le 29 septembre 1905, M. Tixier pratique la laparotomie latérale sous anesthésie. On sent parfaitement une tumeur

mobile avec mouvements respiratoires. Le ventre ouvert, on aperçoit une tumeur du cæcum, s'étendant jusqu'au niveau de l'angle droit. Résection du cæcum, du côlon accendant, de l'angle droit. Fermeture en bourse du bout colique; anastomose iléo-colique transverse à la suture termino-latérale. La tumeur était peu adhérente et a permis un clivage facile. Il n'existait aucune adhérence avec l'épiploon ou les anses grêles. Fermeture. Drainage avec un drain.

Suites excellentes.

Examen de la pièce: la tumeur est un épithélioma colloïde, qui a envahi jusqu'en pleine tunique musculaire. Le ganglion ne présente pas de formations épithéliales ou colloïdes.

Tumeur végétante du cæcum, ayant envahi le côlon ascendant.

Méso épaissi, infiltré, contient des ganglions.

OBSERVATION XV

(N° 33, *in th.* Cavaillon.)

Cancer de l'angle droit du côlon adhérent au foie avec métastase à distance dans ce viscère. Forme hémorragique. Anastomose iléo-colique transverse latérale au bouton de Jaboulay. Guérison.

B..., 28 ans, cultivateur.

Antécédents héréditaires et personnels muets au sujet de la tuberculose. Bonne santé habituelle.

En décembre 1904, en pleine santé apparente, douleurs coliquatives dans l'hypocondre droit avec irradiations dans l'épaule droite.

Pas d'ictère. Durée des phénomènes douloureux : deux ou trois jours. Constatation d'un peu d'albumine. Reprise du travail.

En mars 1905, réapparition des mêmes douleurs sans irradiations scapulaires. Depuis, faiblesse progressive, amaigrissement, pâleur du visage, impossibilité de travailler. De

plus, phénomène nouveau, mélènas rouges et noirs abondants, coïncidant ou non avec la défécation.

Examen à l'entrée, le 25 avril 1905.

Facies pâle, tiré. Abdomen souple, non ballonné, facile à explorer. Le malade, interrogé à ce sujet et sur le chapitre de l'évacuation des matières fécales, ne révèle d'ailleurs rien.

L'attention est immédiatement attirée par une tumeur de la grosseur d'un œuf de dinde, située au-dessous des fausses côtes sur le bord externe du droit de l'abdomen. Le malade en ignorait du reste l'existence. Elle est dure, résistante, sa forme en est hémisphérique. Rien ne la relie au foie. Un intervalle sonore l'en sépare d'ailleurs. Elle ne semble pas mobile avec la respiration. Par la palpation abdominale, elle fournit le faux ballonnement.

Le diagnostic est hésitant entre fausse vésicule hydro-pique avec calcul dans le cystique et une tumeur du côlon transverse, soit tuberculeuse, soit cancéreuse. L'examen physique et les caractères des crises douloureuses font pencher pour la première hypothèse, les mélènas pour la deuxième. En définitive le diagnostic de tumeur intestinale expliquant mieux l'ensemble des symptômes, ce dernier avis prévaut. Une laparotomie est décidée.

Laparotomie le 28 avril 1905. Tumeur de l'angle droit faisant corps avec la vésicule et le foie. Infiltration du méso. Noyau cancéreux intra-hépatique. Anastomose iléo-colique transverse au bouton de Jaboulay. Guérison.

OBSERVATION XVI

(Obs. de M. Jaboulay, inédite.)

Cancer de l'angle droit du côlon transverse. Pas de crises d'occlusion. Diarrhée persistante, tumeur du flanc droit. Ablation en deux temps.

Homme de 38 ans.

Débuts des accidents il y a un an.

Jamais de crises d'occlusion vraie.

Forme diarrhéique.

Tumeur du flanc droit mobile perçue le plus souvent au niveau du cæcum.

Laparotomie montre deux tumeurs, l'une primitive sur l'angle droit du côlon, plaquée profondément contre le rein droit; l'autre mobile, de la grosseur d'un citron, au devant de la première, dans le grand épiploon.

Cette masse enlevée est un noyau de généralisation, l'aspect en est malin.

C'est elle qu'on prenait pour un cancer du cæcum.

Dans une deuxième intervention, ablation de la tumeur. Guérison.

OBSERVATION XVII

(N° 118, th. Cavaillon.)

Cancer annulaire et sténosant de l'angle droit du cæcum. Crises d'obstruction intestinale. Crises d'occlusion. Pas de diarrhée.

Homme, 50 ans. Pas d'antécédents héréditaires ou personnels.

La maladie a débuté quinze jours avant son entrée à l'hôpital par des douleurs abdominales survenant sous forme de *crises paroxystiques*, s'accompagnant de vomissements et suppression des selles. Ces douleurs ne sont pas localisées à une région spéciale. Pendant ces crises, le ventre est ballonné et il ne peut uriner.

Examen.— Aussi, entre-t-il le 7 mars 1905 à Saint-Sacerdos en se plaignant de ne pouvoir uriner. On voit en le sondant qu'il n'existe aucun obstacle au niveau de son urètre.

Par contre, l'abdomen montre un état de défense des muscles droits rendant la palpation difficile. On perçoit une sensation de tumeur dans la fosse iliaque droite et dans les fosses côtes du même côté. Clapotage cæcal. Pas d'ondes péristaltiques visibles. Cependant le malade dit sentir quel-

quefois courir des contractions intestinales s'accompagnant de bruit de glouglou sans localisation précise.

Toucher rectal négatif.

Pas de température

Le malade, mis en observation pendant quelques jours, présente toujours un peu de tension de la fosse iliaque droite.

Les crises de contractions se produisent toujours plusieurs fois par jour.

Le 13 mars, les douleurs deviennent intolérables avec vomissements alimentaires puis bilieux. Clapotage cæcal. Ballonnement uniforme, pas de météorisme ni de péristaltisme localisé.

Le lendemain, cessation des vomissements. Abdomen toujours ballonné, sans que la matité hépatique ait disparu. Clapotage cæcal. On ne sent rien dans la fosse iliaque droite. Quand le malade accuse des douleurs, on voit nettement une tension se produire sur le trajet du côlon ascendant et la moitié droite du côlon transverse. Cette région devient douloureuse à l'examen. Le diagnostic d'obstacle à siège colique peut être posé. On se décide à intervenir.

Opération. Anus cæcal. Amélioration. Bon fonctionnement de l'anús.

Le malade est examiné de nouveau quelques jours plus tard. On peut injecter par le rectum jusqu'à un litre et demi d'eau. Au contraire, si on essaye d'injecter par l'anús cæcal du liquide dans le côlon, on ne peut dépasser 150 grammes. Par le rectum on peut facilement introduire une sonde œsophagienne tout entière. La même opération est impossible par l'anús cæcal.

Deuxième intervention le 30 mars. On trouve au niveau de l'angle droit du côlon une tumeur allongée, boudinée, n'adhérant que peu au foie et à l'estomac.

Réséction de la tumeur. Ablation de gros ganglions dans le méso d'aspect cliniquement néoplasique.

Suites opératoires excellentes. Le malade conserve sa fistule cæcale qu'il ne veut pas laisser opérer.

Examen de la pièce. Elle représente une sténose circulaire du côlon, réduisant son calibre à celui d'une plume d'oie. Les parois sont épaissies, infiltrées. Les ganglions du mésocôlon sont infiltrés et durs. La longueur de la pièce est de 10 centimètres.

L'examen histologique montre qu'il s'agit d'un épithélioma glandulaire typique dépassant à peine le stade adénome et par conséquent de malignité relative.

Le ganglion est absolument normal.

Le 25 septembre, le malade revient pour demander la fermeture de sa fistule caecale. Guérison.

OBSERVATION XVIII

(M. Horand, in *Lyon médical*, 17 mars 1907.)

Cancer de l'angle droit. Obstruction intestinale.

Ce malade, B... Hippolyte, âgé de 45 ans, laveur de vitres, né à Paris, est entré à la clinique en février 1906, pour des symptômes d'obstruction intestinale.

Sans antécédents cancéreux, sans antécédents personnels graves, sauf une blennorrhagie à 19 ans, avec trois attaques de rhumatisme, et la dysenterie à 28 ans.

Le malade incrimine un trauma du flanc droit six mois avant le début de son affection actuelle.

Le début de l'affection qui va nous occuper remonte au mois de janvier 1906.

Début aigu par une crise de colique dans la fosse iliaque gauche et le flanc gauche avec constipation absolue.

La crise se termine par des vomissements alimentaires et bilieux.

Pendant huit jours, le malade avait pu reprendre son métier, lorsqu'il eut une nouvelle colique, accompagnée de vomissements et qui dura vingt quatre heures. Nouvelle amélioration, nouvelle rechute. Entre ces crises, le malade avait la diarrhée.

Huit jours avant son entrée dans le service, nouvelle phase aiguë qui l'obligea à s'aliter. Il eut des vomissements. Les douleurs étaient beaucoup plus violentes et avaient changé de caractère. Elles ne sont plus aussi localisées dans le flanc gauche, elles se déplacent de bas en haut.

Le malade accuse une sensation de barre correspondant au côlon transverse.

Les vomissements ont cessé il y a quarante-huit heures ; il n'a conservé que des nausées et des renvois. Le malade n'a pas eu de selles depuis huit jours. Les gaz passent. Sa langue est mauvaise, blanche, chargée.

Le jour de l'entrée, on constata un ballonnement très marqué du ventre, *avec tension intermittente* sous la paroi antéro-latérale de l'abdomen.

Il semble que le ventre soit plus tendu, plus volumineux à gauche et en bas. Par moment, on peut voir à jour frisant une onde semblant venir de l'intestin grêle, remonter dans le flanc droit et venir mourir dans l'hypocondre droit.

A gauche, on sent une masse dure, volumineuse, qui semble due à la rétention des matières fécales.

A droite on trouve du clapotage cœcal.

Par le toucher, on ne sent aucune tumeur rectale, aucun obstacle, mais une ampoule dilatée, pleine de cybales dures, qui forment bouchon.

On donne au malade un lavement purgatif, on lui impose de la glace sur le ventre.

Le traitement ayant notablement débarrassé l'abdomen, on peut le lendemain explorer assez facilement le ventre.

La masse gauche était bien stercorale.

A droite au-dessus de l'ombilic, sur le bord droit du grand droit de l'abdomen ; au-dessus du foie, on découvre une petite tumeur se déplaçant facilement, mobile avec les mouvements respiratoires, s'abaissant dans les grandes inspirations. On peut la mobiliser, soit de haut en bas, soit transversalement.

Cette tumeur est indolore, arrondie, dure, rénitente.

Le *foie* est un peu gros, abaissé. Le malade n'a jamais eu d'ictère.

L'estomac ne semble pas dilaté, il y a un peu de clapotage au-dessus de la ligne de Bouchard.

Les digestions sont relativement bonnes. Le malade n'a jamais eu d'hématémèse ou de mélæna. Il n'a pas de ganglion de Troisier.

Le *cæcum* est dilaté et par la succession on a du *clapotage cæcal*.

Les urines sont assez abondantes, un peu foncées, ne contiennent pas d'albumine.

La température est de 37°3.

Le 8 *février*, on fait une laparotomie exploratrice médiane. On trouve une bride fibreuse sur l'intestin grêle, près du *cæcum* et on l'enlève.

On constate une tumeur sur le côlon transverse à droite de l'ombilic et correspondant à la saillie sentie dans l'hypochondre droit.

On fait dans un premier temps un anus *cæcal* temporaire.

Les suites sont bonnes.

Le 28 *février*. — Résection de la tumeur occupant l'angle droit du côlon transverse.

Le 4 *avril*, fermeture de l'anus *cæcal*.

Le 7 *mars*, le malade se porte bien. Il a engraisé. Les selles sont régulières et bien moulées.

Examen histologique. — Cancer avec tuyaux épithéliaux nets.

OBSERVATION XIX

(M. Gayet, in *Lyon médical*, janvier 1907.)

M..., (Marie-Benoîte), âgée de 54 ans, cultivatrice à Saint-Germain (Ain), entre le 13 avril 1906, salle Sainte-Catherine, n° 30. Elle a eu trois enfants, tous bien portants, et sa santé n'avait jamais laissé à désirer jusqu'il y a trois mois. A

cette époque elle éprouva des malaises vagues, pesanteurs irradiées dans l'abdomen, constipation tenace qui l'empêchait d'aller à la selle pendant des périodes de quatre à cinq jours. Parfois les matières étaient fortement colorées en noir. L'appétit et les forces diminuaient rapidement, l'amaigrissement faisait des progrès. De temps à autre elle souffrait de coliques assez vives et de vomissements alimentaires ou bilieux.

À l'entrée, le teint est jaune paille ; l'abdomen est ballonné ; on peut suivre des ondes péristaltiques qui prennent naissance du côté gauche et se prolongent jusque sous le diaphragme vers la droite.

Pas d'ascite perceptible. Le toucher rectal ne fournit aucun renseignement.

La température s'élève parfois au-dessus de la normale, jusqu'à 38°8.

L'examen somatique ne présente rien autre de particulier. Ni sucre, ni albumine dans les urines.

Le ventre était trop distendu pour permettre une palpation utile, et dans l'ignorance absolue du siège du néoplasme, on se décide à faire une laparotomie qui devra rester purement exploratrice et permettre de placer un anus contre nature en bonne place, en même temps qu'on acquerra des données suffisantes pour pratiquer ultérieurement une intervention radicale.

Le 16 avril, laparotomie médiane para-ombilicale ; une exploration manuelle rapide permet de sentir, quoique difficilement en raison des anses distendues, une masse dure dans l'hypocondre droit, profondément enfouie sous le foie. On referme rapidement la paroi et on exécute une cécostomie.

Le 5 mai, ablation du néoplasme siégeant sur l'angle droit.

Guérison opératoire et grosse amélioration le 20 juillet. Fermeture de l'anus, la malade va bien.

Examen de la pièce : néoplasme annulaire siégeant sur l'angle droit, laissant à peine le passage d'un orifice. Mésos infiltré de ganglions suspects.

A l'examen histologique, la muqueuse est reconnaissable mais infiltrée de cellules lymphatiques indiquant une irritation chronique. La sous-muqueuse est envahie par des cellules néoplasiques isolées ou réunies en tubes. Quant aux ganglions, l'un d'eux pris au voisinage de la tumeur était envahi par le néoplasme, le second pris plus loin était seulement inflammatoire.

OBSERVATION XX

(In thèse Peutot.)

Cancer de l'angle droit. Crise d'obstruction. Tumeur perceptible dans le flanc droit.

Femme, 64 ans. Pas d'antécédents notables, sauf une alimentation irrégulière et défectueuse.

Depuis deux ans, digestions longues et laborieuses. Jamais de vomissements.

Un peu de constipation entrecoupée de diarrhée.

Depuis deux ou trois mois, elle maigrit.

Parfois, elle souffre du ventre et présente de violentes coliques.

Brusquement, en juin 1904, crise d'obstruction. La malade, examinée à ce moment, montre une masse fixe, douloureuse, dure, dans le flanc droit. Mais le siège est difficile à préciser. On porte, cependant, le diagnostic de cancer latent du gros intestin. La malade, améliorée, ne se laisse pas examiner par un chirurgien.

Nouvelle crise quelques jours après. Crise subaiguë d'occlusion.

On perçoit (M. Tixier) une masse dure dans le foie. Audessous, gros intestin distendu. Gargouillement cæcal. A gauche, intestin affaissé.

Pas d'ascite.

Rien au toucher.

Opération en juillet, alors que la crise aiguë est terminée.
Résection de la tumeur. Anastomose iléo-sigmoïdienne.

Guérison.

Examen : la tumeur siège à la partie supéro-externe de l'angle droit. Volume d'un mandarine, forme sensiblement annulaire. Elle n'intéresse pas complètement la paroi interne ; sa lumière intestinale admet à peine le petit doigt.

Épithéliome cylindrique typique.

OBSERVATION XXI (personnelle)

(Observation du service de M. Poncet, due à l'obligeance de M. Challier.)

Cancer du côlon transverse. Début par diarrhée ayant duré trois semaines, puis constipation. Coliques. Pas de troubles digestifs, Constatation d'ondes péristaltiques et d'une tumeur.

Femme, 60 ans. Pas d'antécédents héréditaires ou personnels.

La maladie actuelle a débuté il y a cinq mois. A cette époque, sans cause appréciable, la malade présente une diarrhée profuse qui dure trois semaines et s'accompagne de violentes coliques, mais pas de vomissements. Elle perdit progressivement l'appétit et maigrit rapidement.

Depuis, elle n'a jamais été très bien portante. Elle n'a cependant jamais présenté d'autres crises de diarrhée ; elle était, au contraire, souvent constipée et devait prendre souvent des lavements. Les coliques n'ont jamais disparu. Elles n'eurent cependant plus l'intensité qu'elles avaient eue au début. Elles ont toujours siégé dans le flanc droit de préférence et, depuis le mois d'août, la malade a remarqué qu'elles s'accompagnaient souvent de bruits de glouglou.

Les selles n'ont jamais présenté ni glaires, ni sang.

A l'entrée, la malade est amaigrie, mais non cachectisée.

26 novembre. — Elle n'a ni ictère, ni œdème des membres inférieurs. Le ventre est fortement proéminent, surtout

dans sa partie centrale et droite, le flanc gauche paraissant, au contraire, déprimé. Il existe, en plus, une légère dépression transversale au niveau de l'épigastre. On voit des contractures péristaltiques qui partent de la fosse iliaque droite et paraissent s'arrêter sur la ligne médiane, un peu au-dessus de l'ombilic. Ces contractures s'accompagnent parfois d'un bruit hydro-aérique très net, perçu par la malade et par l'entourage, à une assez grande distance.

Dans la fosse iliaque droite, on trouve des signes très manifestes de dilatation du cæcum : tympanisme, clapotage. Enfin, dans le voisinage de la ligne médiane, un peu au-dessus de l'ombilic, en un point qui paraît répondre au milieu du côlon transverse, on sent une petite masse indurée. Pas de ganglions.

Rien au toucher rectal, ni vaginal.

28 novembre. — Depuis hier, la malade présente des phénomènes d'obstruction intestinale ; absence de matières et de gaz ; vomissements bilieux ; langue sale.

Cæcostomie (M. Delore). — Après une évacuation très abondante de matières fécales, le ventre s'affaisse et la palpation est devenue plus aisée. On sent alors une grosse masse vers le milieu du côlon transverse.

Les suites furent bonnes, sauf un peu d'infection de l'anus, qui cède à des lavages.

La malade sort de l'hôpital, devant revenir dans un mois.

OBSERVATION XXII

(Due à l'obligeance de M. Devic.)

Cancer du côlon transverse. Alternatives de diarrhée et de constipation. Vomissements très fréquents. Amaigrissement.

E. P..., homme, 64 ans. Sans antécédents héréditaires. Antécédents personnels : fièvre typhoïde et syphilis.

L'affection actuelle a débuté, en mai 1902, par des douleurs abdominales, surtout périombilicales. Ces douleurs

étaient calmées par l'apparition de crises diarrhéiques. Ces évacuations se composaient de matières noires (dix à quinze selles par jour), jamais de sang pur. Dans l'intervalle des coliques, le malade était le plus souvent constipé.

En novembre 1902, abdomen saillant, pas d'ascite, pas de péristaltisme, pas de douleur à la palpation. Il semble qu'il y ait du ballonnement le long du côlon transverse et ascendant. Pas de tumeur perceptible.

Toucher rectal négatif.

En mai 1903, constipation opiniâtre entrecoupée de crises de diarrhée. Vomissements fréquents, soit dix minutes, soit une demi-heure après avoir mangé.

On insuffle l'estomac et on constate qu'après le dégonflement de l'estomac, la portion sous-ombilicale de l'abdomen reste très tendue.

Opération. — Anastomose iléo-colique au bouton, drainage à la gaze. Fistule.

En juin 1903, le malade recommence à souffrir. Les digestions deviennent difficiles, mais il n'a plus vomi. Il ne s'alimente plus guère qu'avec du liquide. Pas d'hémorragie. Amaigrissement 18 kilos.

En janvier 1901, facies jaune et ridé. Langue sèche, mais peu saburrale. Pas de vomissements, mais le malade ne prend guère que du lait.

A l'examen, le ventre est très ballonné, pas de circulation veineuse complémentaire. Événtration post-opératoire sous-ombilicale.

Par la palpation en bas et à droite on sent, au niveau du bord musculaire qui délimite l'événtration, une masse dure grosse, adhérente au plan superficiel en certains points.

Ascite pas très considérable.

La matité hépatique a son bord supérieur au niveau de la sixième côte. Elle s'étend à partir de là sur une zone de 23 centimètres. Très en dehors, on sent, à quatre travers de doigt au-dessous des fausses côtes, une masse dure, arrondie, remontant en dedans. Cette masse est dure. Elle ne se dé-

place pas dans le décubitus latéral. Il est difficile de dire si elle se déplace avec la respiration.

La fosse lombaire est libre.

Rate, poumons, cœur normaux.

Urines : ni sucre ni albumine.

Toucher rectal négatif.

Léger œdème du membre inférieur droit.

9 février 1906. — Le malade souffre davantage, se plaint de coliques.

L'ascite a augmenté. Ponction abdominale retire 4 litres. Après la ponction, on sent le rebord du foie dur et irrégulier.

11-février. — L'état général devient moins bon, il ne s'alimente plus. L'aspect devient très cachectique.

14 février. — Escarre au sacrum.

23 février. Mort. — Dans le service, le malade n'a jamais eu de méléna. Il a eu très souvent des coliques intestinales que soulageaient les piqûres de morphine. La température a été à peu près toujours normale.

Autopsie : A l'ouverture, plusieurs litres de liquide citrin sans exsudats.

Ce qui frappe, ce sont les anses grêles dilatées occupant le milieu de l'abdomen. L'intestin grêle est dilaté sur 1 m. 50 environ. Au-dessus, au contraire, il est rétréci et aplati. Le côlon transverse au-dessus du rétrécissement néoplasique et le côlon ascendant sont dilatés sur une longueur de 20 centimètres. Ce segment est si dilaté, qu'il donne l'impression de l'estomac.

Le cæcum n'est pas distendu ses parois paraissent épaissies. La valvule paraît suffisante à l'épreuve de l'eau. Pas d'ulcérations cæcales ou coliques.

Rien à l'appendice.

L'estomac est complètement enfoui vers la colonne vertébrale et réduit à sa portion complètement inférieure.

A 1 m. 20 du cæcum, il existe un rétrécissement plissé froncé, serrant l'intestin comme un lien circulaire. Le cancer forme un rétrécissement pas très serré, de 4 centi-

mètres de long, on peut y passer le petit doigt. L'anastomose iléo-sigmoïdienne est parfaitement perméable à l'index. Les deux muqueuses se continuent l'une avec l'autre.

Il y a des matières dures dans tout le côlon au-dessus de l'anastomose.

Au-dessous de l'anastomose, les matières sont parfaitement moulées. Au-dessus du rétrécissement, les matières sont baveuses.

Ganglions. — Les ganglions sont envahis dans l'épiploon gastro-colique, dans le hile du foie, dans le médiastin et sur le bord supérieur du pancréas. Une grosse masse dans l'épiploon gastro-colique au niveau de la tumeur. Un ganglion, gros comme un œuf de pigeon, dans le mésentère. Ganglions iliaques et inguinaux. On sent des traînées de lymphangite à travers le canal inguinal. Ganglion sus-claviculaire droit.

Aorte. — Athérome très marqué, seulement au delà de la naissance des gros vaisseaux.

Cœur. — Petit, d'aspect gélatineux. Muscle de coloration brun noirâtre, ferme.

Pas de péricardite, ni d'endocardite.

Poumon droit. — Emphysème. Adhérences au sommet. Extérieurement, noyaux de généralisation le long du bord postérieur.

Poumon gauche. — Quelques noyaux de généralisation, mais moins nombreux.

Reins. — Rien à signaler.

Rate. — Normale.

Le diaphragme présente des nodules néoplasiques entre la face inférieure et le foie principalement.

Foie. — Augmenté de volume d'une façon générale. Le lobe gauche est presque indemne, le lobe droit est presque complètement envahi.

Capsule surrénale droite entourée par une gangue néoplasique, n'est pas du tout envahie.

Pas de thrombose du tronc de la veine porte, ni des grosses branches.

Layons. — Rien à signaler.

OBSERVATION XXIII

(N° 146, *in th.* Cavaillon.)

Cancer sténosant du côlon transverse. Début par des coliques.
Constipation. Jamais d'obstruction vraie. Ténésme. Tumeur dans l'hypocondre gauche.

Homme, 43 ans. Pas d'antécédents à noter.

En août 1903, des coliques liées à des borborygmes firent leur apparition. Ce phénomène, avec des alternatives d'aggravations et de rémissions, n'a jamais cessé. Ce sont toujours les douleurs qui ont dominé la scène.

En effet, la constipation, le véritable arrêt stercoral, n'a jamais été bien marquée. Il n'y a jamais eu de ballonnement apparent à l'abdomen. Dans la première année de la maladie, de faux besoins firent leur apparition, quatre, six, quinze fois par jour le malade se présentait à la selle pour n'émettre que très peu de matières et surtout du mucus et des glaires. Il n'y eut jamais de rejet de sang.

En avril 1905, un médecin appelé lors d'une crise de coliques plus forte que les autres, constata une tumeur au niveau de l'angle gauche du côlon transverse.

Le malade a maigri depuis six mois.

A l'entrée, homme pâle et maigre, mais encore bon état général.

Abdomen souple, facile à examiner. On trouve une tumeur du flanc gauche située dans la région de l'angle gauche du côlon, mobile dans tous les sens. Le palper lombo-abdominal décèle un certain ballonnement antéro-postérieur. Submatité sur la tumeur. Sonorité tout autour.

Toucher rectal négatif. Un lavement d'un litre d'eau peut être administré par l'anus. Au delà de ce chiffre, on détermine de la douleur. Après injection, la percussion révèle de la matité sur le trajet du côlon descendant et de l'S iliaque et de la sonorité au niveau du transverse.

Intervention le 22 juillet. Anus cæcal.

Le 5 août, laparotomie. Résection de la tumeur. Entérorraphie circulaire. Au bout d'un mois, l'anus cæcal est presque fermé. Les selles sont normales, sans coliques. Fermeture de l'anus cæcal et guérison.

Examen de la pièce : néoplasme de la portion gauche du côlon transverse circulaire sténosant, de trois quarts de centimètre de hauteur.

Histologie : épithéliome avec réaction fibreuse interne.

OBSERVATION XXIV

(N^o 133, th. Cavaillon.)

Cancer du côlon transverse. Début par quelques troubles digestifs. Vomissements, très faibles douleurs. Constipation légère. Tumeur périombilicale. Contractions péristaltiques.

Femme, 53 ans, entre dans le service de M. Pollosson, le 17 novembre 1904.

Il y a neuf ans, elle fut opérée par M. Laroyenne, d'un cancer utérin.

Bonne santé depuis lors.

Il y a quelques mois, elle a ressenti des troubles gastro-intestinaux. Elle avait deux ou trois fois par mois des indigestions avec vomissements alimentaires dans la nuit.

Depuis un mois, ces phénomènes se sont accentués et elle a ressenti de plus un phénomène qui se passe dans son abdomen. Ce sont des boules qui roulent et font un bruit assez considérable pour être perçues par les personnes voisines. Le siège de ce phénomène est très étendu, mais l'endroit où se produit le bruit est très près de l'ombilic, un peu à droite et en haut, elle n'a jamais eu que de faibles douleurs. Constipation légère.

A l'entrée, femme maigre mais non cachectique. L'examen de l'abdomen révèle l'existence de contractions péristaltiques très nettes régnant surtout à droite et à la partie supérieure,

On perçoit de plus une tumeur de la grosseur d'une noix, arrondie, bien limitée, facilement mobilisable et située un peu à gauche de l'ombilic. Rien aux autres organes.

L'intervention, d'abord refusée par la malade, n'a lieu que deux mois après.

Opération 21 février 1903. Tumeur du côlon transverse dans sa partie gauche très mobile, pas adhérente. Résection. Mort six jours après.

Examen : la lumière intestinale n'admet que le petit doigt. La tumeur a respecté environ un tiers de la lumière intestinale. A ce niveau, la lumière est dure, lisse, non ulcérée, ovulaire, elle n'offre pas l'aspect habituel des néoplasmes intestinaux. Elle est en effet comme enchâssée dans la paroi qui forme sur le pourtour un rebord très net.

Histologie : adéno-carcinome ou épithélioma glandulaire, à type cylindrique rappelant en tous points les épithéliomas glandulaires du corps de l'utérus.

OBSERVATION XXV

(N° 159, *in th.* Cavaillon.)

Cancer de l'angle gauche et du côlon descendant. Constipation.
Crise d'obstruction.

Homme, 58 ans. Pas d'antécédents. Deux mois avant son entrée, il constate qu'il est constipé. Jamais de sang. Amaigrissement.

Depuis quinze jours, ballonnement. Pas de selles spontanées.

Opération. Tumeur occupant l'angle gauche descendant sur le côlon descendant. Sa longueur est de 20 centimètres environ.

Résection. Anastomose bout à bout. Mort le lendemain.

OBSERVATION XXVI

(N° 466, *in th.* Cavaillon.)

Cancer du côlon descendant. Crise d'occlusion en pleine santé.
Puis constipation. Deuxième crise d'occlusion. Tumeur iliaque gauche.

Homme, 52 ans, entre le 18 août 1903. Pas d'antécédents notables.

En février 1903, il fut pris brusquement d'une crise d'occlusion ayant cédé au bout de quatre ou cinq jours sous l'influence des purgations.

Depuis tendance à la constipation, de temps en temps selles diarrhéiques, faux besoins, émission de glaires, pas de sang. Amaigrissement.

Le 3 août, nouvelle crise d'occlusion.

A l'entrée, météorisme. Bruit de glouglou. Vomissements fécaloïdes. Rien au toucher.

Intervention. Anus cæcal. Amélioration.

Deux mois après, on perçoit la tumeur profondément, située, plaquée à la partie supérieure de la fosse iliaque. Non mobile. Volume d'une petite mandarine. Dououreuse.

Deuxième intervention. Tumeur du côlon descendant immédiatement au-dessous du coude gauche.

Résection, entérorrhaphie circulaire. Guérison.

Examen : néoplasme annulaire sténosant, de 4 centimètres de hauteur.

Cancer du gros intestin à forme métalytique. Les ganglions mésocoliques ne sont pas néoplasiques.

OBSERVATION XXVII

(N° 40, *in th.* Cavaillon.)

Cancer de l'angle gauche.

Tumeur de l'angle gauche, s'étant manifestée depuis six

mois par des troubles digestifs, constipation, crises douloureuses suivies de vomissements.

Tumeur perçue au niveau des fausses côtes gauches.

Laparotomie : colo-anastomose transverso-descendante. Les jours suivants, phlegmon à type gazeux au niveau de la fosse iliaque gauche. On fait sauter les fils. Pointes de feu. Mort dix jours après.

Autopsie : douton retrouvé dans la poche d'un abcès développé autour de l'anastomose, ayant fusé vers la paroi.

OBSERVATION XXVIII

(Due à l'obligeance de M. le Dr Delore.)

Cancer de l'angle gauche du côlon. Cæcostomie. Troubles gastriques faisant penser à un cancer de l'estomac, puis apparition des symptômes intestinaux.

B..., de Décines, âgé de 63 ans, vigoureux jusqu'au mois de juillet 1906. Dès ce moment, il perd l'appétit et maigrit rapidement; il accuse, en outre, des douleurs aussitôt après les repas, douleurs fixes, surtout dans l'hypocondre gauche. Malgré l'absence de vomissements, un médecin pense à une affection gastrique. Deux mois plus tard, devant la persistance des douleurs, de l'anorexie et de l'amaigrissement, on pense à un cancer de l'estomac.

En décembre 1906, des symptômes d'obstruction du gros intestin apparaissent : deux heures après les repas, le ventre se ballonne et l'on perçoit des ondes péristaltiques sur le trajet du gros intestin. Ces ondes, parties du cæcum, viennent mourir sous les fausses côtes gauches; au bout de quelques secondes, elles sont suivies du gargouillement caractéristique du passage des gaz à travers un segment intestinal rétréci. Il y a du clapotage cæcal, de l'aplatissement du côlon iliaque. M. Bouvèret conseille une intervention, après avoir porté le diagnostic de cancer de l'angle gauche du côlon. La constipation est très prononcée. Rien au toucher rectal. Cachexie avancée.

2 janvier 1907. — Incision iliaque droite (Delôre). Il y a un peu d'ascite dans l'abdomen. On constate, avec la main introduite dans l'abdomen, l'intégrité de l'estomac; mais on perçoit nettement une tumeur à l'extrémité gauche du côlon transverse. On trouve des noyaux cancéreux disséminés sur l'épiploon. Aussi, rejetant tout espoir de cure radicale, pratique-t-on une cœcostomie sur le cæcum distendu.

Dès le lendemain, l'opéré était soulagé. Il rentrait chez lui huit jours après, les suites opératoires ayant été fort simples.

Mort trois mois après.

FORME AVEC CONSTIPATION ET OBSTRUCTION

De toutes les modalités avec lesquelles se présente le cancer du gros intestin, cette forme est de toutes la plus fréquente. Plus particulièrement marquée au niveau de l'S iliaque, elle peut toutefois se voir sur le reste du gros intestin et même au niveau du cæcum. Dans ce dernier cas, c'est plutôt lorsque la localisation du néoplasme a lieu sur la valvule iléo-cæcale ou lorsqu'elle se complique d'une invagination.

On pourrait, dans les diverses statistiques, s'attendre à voir une plus forte proportion de cancers valvulaires donnant de la constipation et de l'obstruction. Nous pensons, comme nous l'avons du reste déjà dit à propos de la forme diarrhéique, qu'il faut tenir compte de la nature anatomo-pathologique du cancer. Les tumeurs de la valvule sont généralement encéphaloïdes, composées d'un tissu mou et friable s'ulcérant facilement. Assez rapidement, les lèvres de la valvule sont détruites par le processus ulcéreux et le passage momentanément diminué redevient alors perméable.

Le squirrhe du côlon pelvien, au contraire, prédispose à l'obstruction. On trouve écrit fréquemment que ces cancers ont une longue période de tolérance pen-

dant laquelle ils ne se révèlent par aucun symptôme et l'on conclut de là qu'ils ne sont pas très sténosants. Il n'y faut voir que le fait des contractions souvent très marquées qui s'opèrent dans le segment intestinal sus-jacent. Ces contractions sont du reste facilitées par l'épaisseur de la musculature normale de l'intestin à ce niveau. Roit et l'école de Dorpat, Henley, ont montré en effet que la résistance des tuniques intestinales et l'épaisseur de la tunique musculaire vont en augmentant continuellement du cæcum au rectum.

La latence existe alors jusqu'à ce que les contractions intestinales qui se produisent soient assez violentes pour être douloureuses. Mais il n'en est pas moins vrai que la nature essentielle du squirrhe pelvien est d'être sténosante et que cette nature se révèle cliniquement par les trois stades successifs d'une défécation difficile : constipation, obstruction, occlusion.

Cette prédominance des phénomènes d'obstruction dans les néoplasmes du côlon gauche tient aussi dans une large mesure à la nature des selles à ce niveau. De liquides qu'elles sont dans le cæcum et le côlon ascendant, elles deviennent pâteuses dans le côlon transverse et à leur arrivée dans le côlon pelvien, elles sont déjà presque solides; pour peu qu'elles restent quelque temps dans ce segment de l'intestin, elles achèvent leur déshydratation et le deviennent tout à fait. Au moment où sous l'influence des contractions péristaltiques elles vont franchir le rétrécissement, elles forment, à peine engagées, un véritable bouchon. A côté de cette action mécanique, elles ont une action inflammatoire sur la muqueuse de l'intestin. Leur présence, en effet, déter-

mine, suivant le processus habituel à tout corps étranger dans un canal ulcéré, un œdème muqueux qui contribue à rendre l'obstruction plus étroite. (Wittmer, Bousquet.)

Enfin, un autre facteur peut entrer en jeu, dont le point de départ est l'ulcération néoplasique. Il s'y produit, suivant la loi habituelle de la pathologie générale, dont une des démonstrations la plus frappante est la contracture qui accompagne les fissures anales, une action réflexe qui aboutit à la contracture du muscle intestinal.

Cette triple action mécanique, inflammatoire et réflexe, agit donc pour rendre la sténose plus serrée et l'obstruction plus complète.

Parfois elle ne sera pas nécessaire, et un corps étranger venant faire clapet sur l'orifice supérieure de la sténose suffira à déterminer l'obstruction et même plus souvent l'occlusion. C'est ainsi que chez un de nos malades, des plaques de sang desséché et durci, de 1 à 2 centimètres carrés de superficie, avaient suffi pour produire une occlusion aiguë.

Cette action réflexe que nous venons de voir être un agent actif de la sténose est en même temps un élément de défense contre elle. Si elle étend son effet, non à la sténose elle-même, mais à la portion sus-jacente, elle y produit de violentes contractions, d'autant plus violentes que la sténose est plus serrée et l'hypertrophie fonctionnelle plus développée, contractions qui finissent par triompher de l'obstacle. En même temps une hyperexcitation glandulaire est mise en jeu entraînant une dilution plus grande des matières, d'où parfois les

abondantes débâcles diarrhéiques qui suivent souvent ces sortes de crises.

Telles sont donc les gradations insensibles par lesquelles passent les malades atteints de cancer pelvien. La période de latence une fois passée, la constipation s'installe progressivement, augmente de plus en plus, puis un beau jour une crise d'obstruction se déclare. Elle dure peu en général, mais au bout de quelque temps, une seconde, une troisième, puis d'autres encore reviennent tour à tour.

Le malade n'est plus alors un simple constipé, passant sa vie entre une purgation et un lavement, allant de Châtel-Guyon à Marienbad, c'est un infirme alité les trois quarts du temps, souffrant toujours. Puis, une crise plus violente, plus grave commençant comme les précédentes, mais finissant plus tragiquement, la crise d'occlusion, troisième étape de sa maladie, vient enfin mettre un terme à ses souffrances.

Dans la première phase de la maladie, le grand symptôme qui domine tous les autres, c'est donc la constipation. Nous n'avons pas l'intention d'en parler longuement ici, nous nous réservons de revenir sur ce sujet quand nous traiterons en détail le chapitre de séméiologie. Nous décrirons alors son mode d'apparition insidieux et progressif tel qu'il faudrait une véritable intuition pour ne pas la confondre à ce moment avec une constipation banale. Sa cause n'en est-elle pas la même du reste, simple paresse de l'intestin en effet, occasionnée par la tumeur et nullement gêne circulatoire par la sténose.

La deuxième période est la période des crises

d'obstruction. Crises est en effet le mot convenable, car ces manifestations sont douloureuses, parfois paroxysmiques et intermittentes. La douleur siège tantôt au niveau de l'obstacle, tantôt, et peut-être avec plus de prédilection, elle est généralisée à tout l'abdomen, tantôt enfin elle se localise d'une façon paradoxale au côté opposé. C'est dans ce dernier cas en effet que le malade se plaint de souffrir dans la fosse iliaque droite et non à gauche.

Il est parfois possible de déceler dans le météorisme général un météorisme plus localisé et correspondant à la dilatation du cæcum. En même temps, les autres symptômes de cette dilatation : tympanisme, gargouillements, clapotage, -montreront que ce n'est pas la tumeur sous-jacente qui donne la douleur, mais la simple distension cæcale. C'est là en effet qu'on trouve ces cæcums souvent énormes que l'on a comparés comme grosseur à une cuisse d'adulte, à un estomac dilaté, et sur lesquels on trouve parfois les premiers signes d'une ulcération diastatique.

A côté de ce météorisme localisé au cæcum, on en trouve souvent un autre localisé juste au-dessus de l'S iliaque. Il est connu sous le nom de signe de Von Whal. On voit, quand il existe, une différence notable entre le côté droit et gauche de l'abdomen. Celui-ci est plus saillant, plus tendu que l'autre. Puis la main à plat dans la fosse iliaque sent par moment une tension se produire au-dessous, c'est l'anse sus-jacente à la sténose qui se contracte, durcit, reste ainsi quelques secondes puis progressivement disparaît.

Ces deux signes météorisme localisé susjacent à la

sténose, tension intermittente de la paroi, sont deux des caractères les plus importants des cancers de l'S iliaque à la période d'obstruction.

La durée de la crise douloureuse est très variable, allant de quelques heures à plusieurs jours. C'est ainsi qu'on a signalé des périodes de vingt jours (Crespin), quarante-deux (Chapput), quatre-vingt-huit même dans un cas de Furster. Souvent elle est entrecoupée de rémissions dues à une légère évacuation de gaz ou de matières, mais cette rémission n'est pas de longue durée, et jusqu'à ce que vienne une abondante débâcle diarrhéique les phénomènes douloureux sont à craindre.

La douleur est évidemment le symptôme qui attire le plus l'attention du malade, mais d'autres peuvent se voir. C'est ainsi que le vomissement est fréquemment signalé, bien qu'il soit parfois tardif. De Bovis cite des cas où ils n'ont apparu qu'au bout de dix ou vingt jours. Le plus souvent, il s'agit de vomissements alimentaires ou bilieux, rarement fécaloïdes. Dans ce dernier cas, il s'agit plutôt d'occlusion que d'obstruction.

A côté de ces signes fonctionnels, on trouve aussi des signes physiques. La tumeur est généralement mal sentie à cause du météorisme abdominal, mais on pourra par la palpation réveiller une douleur dans une partie de l'abdomen, qui suffira à localiser approximativement le néoplasme. C'est dans ces cas que tous les symptômes qui traduisent la révolte de l'intestin contre un obstacle sont le plus accusés. Ainsi on trouvera le météorisme cæcal, le péristaltisme, les contractures segmentaires. De même, mieux qu'en dehors de semblables orages, les moyens employés habituellement pour faire appa-

raître ces symptômes : palpation, percussion, lavement froid, etc., auront leur résultat habituel. Lorsque tous ces phénomènes auront duré un laps de temps variable, une abondante débâcle viendra mettre fin à cette scène et le malade reprendra une vie plus normale jusqu'à ce qu'une crise nouvelle survienne à nouveau.

Mais pendant ces intervalles, le malade présente outre sa constipation quelques symptômes intéressants. C'est ainsi qu'on pourra noter du ténesme ou des envies d'aller à la selle non douloureuses mais nombreuses ; quelques hémorragies de sang rouge en général et peu abondant ; une modification dans la forme des selles, qui peuvent être aplaties, étirées, comme passées à la filière ; la possibilité de sentir une tumeur soit par le toucher rectal, soit par la palpation abdominale, ou de la voir à l'aide de la proctoscopie.

Quant à l'état général de ces malades il est, contrairement à l'opinion de certains auteurs, plutôt bien conservé. C'est là un fait sur lequel nous avons déjà insisté dans un précédent paragraphe. Il y a une différence très notable entre les cancers de la portion droite du gros intestin et ceux de la portion gauche. Les premiers réagissent vite sur l'état général et conduisent à la cachexie précoce. Les seconds au contraire sont longtemps compatibles avec une bonne santé, malgré une rétention stercorale parfois très accusée.

Tels sont donc les grands traits de cette forme clinique : constipation croissante, dont l'ancienneté peut remonter à plusieurs années, cédant d'abord aux laxatifs et aux purgatifs, puis ne disparaissant plus qu'après une crise d'obstruction de quelques jours ; crises d'obs-

truction d'abord rares et courtes, devenant de plus en plus longues avec la fatigue du muscle intestinal et revenant plus souvent ; état de sub-obstruction chronique caractérisé par des coliques, des alternatives de constipation et de débâcles diarrhéiques, constatation fréquente de la tumeur à ce moment, légers malaises, ténesmes, modification de la forme des selles, etc. Enfin, éclate la crise d'occlusion identique à celle que nous allons étudier dans le paragraphe suivant.

OBSERVATION XXIX (personnelle)

(Du service de M. Bérard.)

Cancer sténosant de l'S iliaque. Constipation ancienne. Légères crises d'obstruction à intervalles éloignés. Crise d'occlusion. Anus cæcal. Mort. Cancer annulaire du côlon pelvien. Ébauche de rupture cæcale.

M. G. A., âgé de 69 ans, exerçant la profession de charron, entre, le 29 avril 1907, dans la salle Saint-Pothin, pour des phénomènes d'occlusion intestinale.

Pas d'antécédents héréditaires ou personnels.

L'affection actuelle a commencé il y a environ huit ans. Depuis ce moment, il fut atteint de constipation opiniâtre, qui passa plus ou moins avec des laxatifs, mais restant toujours un jour ou deux sans aller à la selle.

Les matières n'étaient pas très dures. Leur forme était très variable, tantôt grosse, tantôt fine. Souvent, il a remarqué, à leur surface, du sang décomposé, noir jaunâtre.

De temps en temps, il a eu quelques petites périodes de diarrhée, en général en rapport avec des coliques.

Il a eu en effet, à plusieurs reprises, quelques petites coliques, jamais aussi violentes que celles qui l'amènent à l'hôpital. Elles étaient généralisées à tout l'abdomen, ne communiquant pas spécialement en un point. Elles duraient peu

deux ou trois jours environ. Le ventre, à ce moment, se ballonnait légèrement et, après une évacuation plus ou moins abondante, il était soulagé.

Le malade a conservé l'appétit; il dit n'avoir pas maigri, mais il a un peu perdu ses forces. Depuis trois ans, il a cessé tout travail.

Il y a huit jours, le 22 avril, il fut brusquement pris d'une crise d'occlusion aiguë, avec arrêt complet des matières et des gaz. Ballonnement du ventre avec coliques très douloureuses. Vomissements bilieux.

A l'entrée, le malade est assez maigre; le facies est très pâle.

L'abdomen est distendu dans sa totalité; mais cette distension porte surtout dans la fosse iliaque droite et l'hypochondre du même côté. Il est douloureux à la pression et spontanément, et ce caractère est plus marqué à droite qu'à gauche.

Le toucher rectal est négatif.

Rien aux autres organes.

Intervention (M. Patel). — Pas d'anesthésie, étant donné l'état précaire du malade.

Incision sur le cæcum énorme et distendu. Ces caractères habituels ayant disparu par suite de cette distension, on hésite à faire l'ouverture à ce point. Mais des plaques arrondies ou ovalaires où la séreuse a éclaté font penser à un début de perforation cæcale et permettent d'affirmer qu'on est bien en présence de cet organe. Colostomie. Drainage avec le tube de Cavaillon.

Mort vingt-six heures après l'opération, avec des phénomènes péritonéaux.

Autopsie. — On trouve des adhérences inflammatoires et du pus dans tout l'abdomen. Les anses sont dilatées et vascularisées.

Du côté du cæcum, l'anus a été fait à son siège d'élection. Autour de lui, on trouve trois ou quatre ulcérations allant du volume d'une pièce d'un franc à celui d'une pièce de

cinq francs, qui sont constituées par l'éclatement de la séreuse; les bords de cette séreuse éclatée, qui forme le rebord de l'ulcération, sont légèrement œdémateux et d'une coloration un peu plus rouge.

La tumeur siège au niveau du début de l'anse oméga. Extérieurement, elle se distingue difficilement du reste de l'intestin et ce n'est guère que par la laparotomie et les adhérences avec la vessie que l'on a l'attention attirée à ce niveau. Au toucher, on la sent nettement, sous forme d'une masse dure du volume d'une grosse noix. L'extirpation une fois faite, on peut se rendre compte des caractères suivants : le méso est raccourci, épaissi et infiltré. Dans son intérieur et le long de la colonne vertébrale, on ne trouve pas de ganglions suspects. Tout autour de la tumeur, sur une longueur de 6 à 8 centimètres environ, les franges graisseuses changent de caractère, deviennent plus épaisses, se soudent les unes avec les autres, formant ainsi, autour du néoplasme, une région tranchant nettement, par ce caractère de surcharge graisseuse, avec les parties voisines.

La lumière de l'intestin est considérablement rétrécie, ne dépassant pas le diamètre d'un crayon et, dans la portion susjacent de l'intestin, on trouve trois ou quatre concrétions formées de sang desséché, qui contribuent encore à diminuer l'orifice.

A la coupe, la tumeur se présente avec l'aspect d'une tumeur annulaire. Sa longueur est d'environ 4 centimètres. Sa forme est celle d'un sablier. La portion la plus épaisse, celle qui correspond au point le plus rétréci, a environ 1 centimètre, puis de là l'épaisseur va en diminuant à mesure qu'on va vers les portions saines. La partie externe de la coupe est formée par une zone dure, blanc grisâtre, criant un peu sous le bistouri. En dedans, se trouve une région plus molle, irrégulière, avec quelques irrégularités de surface, de très légères hémorragies entre ses irrégularités, formées en somme par une ulcération.

En amont de la tumeur, les parois intestinales sont épaiss-

sies. De plus, les plis de la muqueuse sont plus rares, plus gros, comme infiltrés. En avant de la tumeur, l'intestin a conservé son aspect normal.

Examen histologique : les couches normales de la paroi intestinale ont presque totalement disparu devant un tissu fibroïde très dense et, dans ce tissu très dense, sont des tubes revêtus par des cellules cylindriques. En somme, épithélioma cylindrique, de constitution histologique typique, avec forte hyperplasie fibroïde de tissu interposé aux formations épithéliales.

L'ulcération du cæcum n'offre aucun caractère histologique de constitution néoplasique. C'est l'ulcération intense. Jusqu'aux bords de celle-ci, on voit quelques culs-de-sac glandulaires, puis la perte de substance est brusque et ne respecte que les couches externes du muscle intestinal et la sous-séreuse épaissie.

OBSERVATION XXX (inédite)
(Du service de M. Jaboulay.)

Cancer de l'S iliaque. Crise d'occlusion aiguë. Constipation habituelle. Néoplasme en virole.

Ph. Ch..., 65 ans.

Le malade entre pour des signes d'occlusion. Les antécédents du malade se résument en des crises de constipation datant de huit à dix mois. De temps en temps, crises diarrhéiques. Malgré cela la constipation est la plus habituelle.

Il aurait émis quelques gouttes de sang. Jamais de mé-læna abondant.

Rien au toucher rectal.

A l'examen, malade en état d'occlusion intestinale avec distension générale de l'abdomen. Péristaltisme intestinal. Clapotage cæcal.

Résection en deux temps de 15 centimètres d'intestin. Mort. Le cancer porte sur la partie supérieure du côlon iliaque.

C'est un néoplasme en virole mobile sans adhérence. La lumière intestinale laisse passer le petit doigt. A l'incision, on constate une couronne de bourgeons non ulcérés. Le tout repose sur une base indurée fibreuse.

Le bout supérieur est augmenté de volume, un peu œdémateux. Petits ganglions peu nombreux, durs.

OBSERVATION XXXI (inédite)

(Du service de M. Poncet, due à l'obligeance de
M. Alamartine.)

Cancer du côlon pelvien. Constipation progressive depuis deux ans, entrecoupée par des périodes d'obstruction avec coliques et diarrhée. Exclusion. Entéro-sygmôïdostomie.

D. F..., 66 ans, cultivateur, entré à la salle Saint-Philippe, le 19 mars 1907.

Pas d'antécédents héréditaires néoplasiques ou tuberculeux. Pas d'antécédents personnels à signaler, le malade dit s'être toujours bien porté.

Il entre à l'hôpital pour de la constipation habituelle datant de deux ans environ. Cette constipation s'accompagne de crises de coliques assez violentes, survenant de temps en temps sans causes bien marquées. Ces coliques s'accompagnaient de crises diarrhéiques venant interrompre la constipation habituelle du malade.

Actuellement, à mesure que l'affection a progressé, les débâcles diarrhéiques ont cessé, mais la constipation a continué de plus en plus. Les selles ne se produisent plus que tous les trois ou quatre jours sous forme de matières très dures, tantôt en boules, tantôt sous forme de rubans.

Quelquefois, le malade a remarqué de très légers mélénas sous forme de filets de sang rouge mêlés aux matières.

Maigrissement de 20 kilos environ depuis le début des accidents. Perte de l'appétit, mais jamais de troubles digestifs.

A l'entrée : météorisme généralisé à tout l'abdomen. Dans la fosse iliaque gauche, on sent une tumeur qui semble du volume d'une orange, très dure, allongée dans le sens vertical.

Cette tumeur ne semble pas avoir de communication avec la paroi, elle semble également mobile sur les plans profonds.

Matité relative.

Clapotage cæcal.

Rien au toucher rectal.

Pas de lésions viscérales, pas de symptômes de généralisation à aucun organe.

Le lendemain, après une purgation, la tumeur persiste encore avec les mêmes caractères.

Intervention le 27 mars 1907 (M. Bérard).

On trouve une grosse tumeur du côlon pelvien adhérente à la paroi et que l'on n'ose extirper à cause de la difficulté de la péritonisation ultérieure.

Anastomose de la terminaison de l'iléon avec le côlon pelvien à 8 centimètres au-dessus de la tumeur.

Exclusion au moyen d'une ligature sur le côlon ascendant.

Suites bonnes, sauf un peu d'infection secondaire de la paroi.

OBSERVATION XXXII

(Jaboulay, *in th.* Cavaillon.)

Cancer de l'S iliaque. Coliques. Mélènas. Puis crises d'occlusion.

Homme, 37 ans. Pas d'antécédents.

Il y a six mois, diarrhée de trois jours non renouvelée.

Depuis quatre mois, coliques fréquentes venant et disparaissant sans causes.

Pas de troubles dans les évacuations.

Il y a deux mois, le malade à plusieurs reprises constate du sang dans ses selles, une ou deux cuillerées de sang rouge.

Il y a un mois, *arrêt brusque* des matières et des gaz.

Ballonnement, vomissements.

Amélioration par traitement médical.

A son entrée, constipation avec douleurs et gargouillements.

Défense de la fosse iliaque gauche par une palpation attentive, masse dure, boudinée, bosselée, peu mobile sur les plans profonds. En contact avec la paroi à laquelle elle semble adhérer. Un peu douloureuse à la pression, quelques gargouillements. Pas d'ondes péristaltiques. Dilatation du cæcum et clapotage. Toucher négatif.

Pas d'irradiations douloureuses.

Quelques ganglions dans les aines.

Rien aux autres organes.

Opération : exclusion en deux temps. Guérison, sauf diarrhée abondante cédant au bismuth.

OBSERVATION XXXIII

(Mollard, n° 147, *in* th. Cavaillon.)

Cancer du côlon descendant près l'S iliaque. Début par des douleurs colliquatives avec diarrhée. Puis constipation. Influence de l'alimentation sur les douleurs. Tumeur de la fosse iliaque gauche.

Femme, 50 ans. Entre à l'hôpital le 29 décembre 1903, pour des douleurs abdominales colliquatives remontant à six mois et s'étant accompagnées depuis de diarrhée, de constipation et de selles sanglantes.

Antécédents bacillaires.

En même temps, il y a six mois, constatation d'une tumeur dans la fosse iliaque gauche.

Depuis trois mois, les crises colliquatives diarrhéiques ont fait place à de la constipation. Besoins fréquents, mais le plus souvent, expulsion de quelques gaz seulement. Les douleurs ont les caractères suivants : exagérées par l'ingestion alimentaire survenant trois ou quatre heures après les repas.

Jamais tout de suite après. Localisées à gauche, s'accompagnant de gonflement de la région, puis émission de gaz. Borborygmes amenant un soulagement. Pas de vomissements. Pas d'amaigrissement notable.

A l'entrée : abdomen non ballonné au-dessous de l'ombilic. Tumeur parallèle à l'arcade, mobile, irrégulière, douloureuse. Pas de péristaltisme.

Clapotage cæcal.

Rien au toucher vaginal.

Toucher rectal semble faire deviner le pôle inférieur de la tumeur, si on déprime vigoureusement l'abdomen.

Opération le 13 janvier 1904. Tumeur à la jonction descendante et de l'anse sigmoïde. Résection. Entérorrhaphie circulaire. Guérison.

Examen histologique : épithélium tubulaire à cellules cylindriques.

En août 1904, la malade entre de nouveau pour une crise d'occlusion. Laparotomie. Envahissement de tout le cæcum. Anus. Mort.

OBSERVATION XXXIV

(Bérard, n° 267, *in* th. Cavaillon.)

Cancer de l'S iliaque. Constipation croissante. Crise d'occlusion.
Toucher et palpation négatifs.

Depuis plusieurs mois, amaigrissement considérable. Constipation constante. Ce sont là tous les renseignements que l'on peut avoir.

A son entrée, on constate tous les signes de l'occlusion aiguë, qui se serait établie depuis trois jours. Arrêt complet des matières et des gaz. Douleurs diffuses dans l'abdomen. Pas de vomissements. État général grave. Facies tiré. Pouls 130. Température 38°. Abdomen météorisé. Pas de mouvements péristaltiques. Pas d'anse intestinale apparente. Côlon transverse très dilaté. Le cæcum clapote avec une sonorité élevée. Rien au toucher rectal.

Opération : anus cæcal. Mort quinze jours après.

Autopsie : néoplasme annulaire de la partie inférieure du côlon pelvien. Néoplasme sous-muqueux sans envahissement de la tunique séreuse. Hauteur du rétrécissement 4 centimètres. Pas de ganglions visibles. Masse rétro-colique lipomatueuse infiltrée.

OBSERVATION XXXV (Delore)

(Obs. n° 270, *in th.* Cavaiillon.)

Cancer de l'S iliaque. Constipation progressive depuis dix mois. Plusieurs crises d'obstruction. Crise d'occlusion.

Homme. Pas d'antécédents.

La maladie actuelle a débuté, il y a environ dix mois, par une constipation de plus en plus opiniâtre. Cédant à l'emploi des purgatifs et lavements.

A quatre reprises, apparition de crises d'obstruction plus aiguës. Cédant au bout d'un jour ou deux.

Pas de crises diarrhéiques. Pas de sang dans les selles. Pas d'amaigrissement très marqué.

Deux jours avant son entrée, crise brusque d'occlusion : arrêt des matières et des gaz, vomissements fécaloïdes, douleur violente et ballonnement abdominaux.

Opération : tumeur en cercle sur la partie terminale de l'anse sigmoïde.

Résection, anastomose colo-colique latéro-latérale.

Mort un mois après.

OBSERVATION XXXVI

(Rivière, *Lyon médical*, 1907.)

Cancer de l'S iliaque.

Femme, 74 ans.

Troubles digestifs antérieurs.

Constipation opiniâtre avec crises d'occlusion subaiguë.

Rien au toucher rectal, ni à la palpation abdominale.

Opération : néoplasme annulaire de l'S iliaque n'obstruant qu'incomplètement la lumière.

OBSERVATION XXXVII (Poncet, Delore)

(Obs. n° 52, *in th.* Cavaillon.)

Homme, 40 ans.

Il y a deux ans, hémorragies rectales. Depuis six mois, signes d'obstruction du gros intestin. On a constaté l'existence d'une tumeur sous-ombilicale il y a un mois. Actuellement, tumeur, hémorragies rectales alternatives de diarrhée et de constipation.

Laparotomie exploratrice, 25 janvier 1904. Tumeur du côlon descendant, iliaque et pelvien, longue de 30 centimètres au moins avec rétraction des mésos et gros ganglions iliaques. Légère ascite.

Cæcostomie en deux temps. Amélioration considérable pendant trois mois. Le malade succombe huit mois après.

OBSERVATION XXXVIII (Mollard)

(Obs. n° 50, *in th.* Cavaillon.)

Femme, 41 ans.

En mai 1903, la malade, soignée pour une pleurésie, ne présente aucuns phénomènes abdominaux.

En août 1903, ventre tendu, douloureux.

Vomissements fréquents, abondants, verdâtres.

T. : 40°. Selles suspendues.

Ces accidents sont traités par le repos et la glace, et le 4 septembre tout était rentré dans l'ordre.

Le 11 décembre 1903, la malade entre pour des phénomènes péritonéaux. Depuis quinze jours, la constipation tendait à s'installer, quand brusquement, il y a huit à dix jours, apparaissaient des douleurs abdominales très vives accompagnées de vomissements. T. : 39°.

A son entrée, la malade se plaint de souffrir dans la fosse iliaque gauche. L'abdomen est souple à ce niveau, mais on sent un plastron remontant dans la direction de la fosse lombaire.

Toucher rectal et vaginal négatifs.

Des lavements produisent des selles abondantes.

Le 29 décembre, laparotomie. Tumeur du côlon descendant. Anastomose iléo-colique.

L'intervention n'a pas amélioré l'état de la malade, et en février, on la retrouve avec son météorisme variable, des douleurs abdominales, des vomissements.

Le 22 février, nouvelle anastomose iléo-colique. Mort avec accidents péritonéaux.

Autopsie. — Tumeur peu exubérante, n'oblitérant pas complètement la tumeur intestinale sur le côlon descendant.

OBSERVATION XXXIX

(N° 53, *in th.* Cavaillon.)

Cancer du côlon iléo-pelvien. Coliques. Réctorrhagies.

Crise d'obstruction. Constipation.

Homme, 37 ans. Pas d'antécédents héréditaires ni personnels appréciables.

Il y a six mois, pendant trois jours, le malade a eu une diarrhée très abondante, sans que jamais les selles aient contenu du sang. Cette crise diarrhéique a cédé au bismuth et à l'opium. Elle est restée unique.

Depuis quatre mois, les coliques sont devenues fréquentes, apparaissant sans cause, disparaissant de même. Avec cela, aucun trouble dans les évacuations intestinales, qui restent normales dans leur nombre et leurs aspect.

Ces phénomènes douloureux sont restés, pendant deux mois, les seuls symptômes de l'affection. Puis les selles, sans modifier en autre chose leur aspect, sont devenues fréquemment sanglantes. Il ne s'agissait pas de rectorrhagies à pro-

prement parler ; mais, de temps en temps, le malade évacuait avec une selle la valeur d'une à deux cuillerées à café de sang rouge.

Il y a un mois, brusquement, se produit un arrêt complet des matières et des gaz ; le ventre se ballonne au maximum. Les vomissements, d'abord alimentaires, deviennent bilieux. Puis le hoquet fait son apparition. Le malade ressent lui-même les contractions péristaltiques de son intestin.

Sous l'influence d'un traitement médical, une débâcle se produit et le malade raconte qu'il aurait eu une évacuation de pus avec pseudo-membranes, par le rectum.

Depuis, son état s'est amélioré ; mais il entre à l'hôpital et demande une intervention radicale.

A son entrée, en janvier, on se trouve en présence d'un homme très anémié, dont l'état général paraît atteint sans qu'il soit cachectique.

Les selles sont toujours difficiles, et la constipation reste la même. A ce moment, se produit un accès d'obstruction passagère, caractérisé par des douleurs, puis des gargouillements dans la fosse iliaque gauche. L'accès cesse brusquement par une débâcle.

L'abdomen n'est pas très météorisé. Mais dans la *fosse iliaque gauche*, la paroi se défend et il faut pratiquer une palpation attentive pour sentir une masse dure, boudinée, avec des bosselures, entourée d'une zone d'empâtement assez large. Cette masse est peu mobile sur les plans profonds. Elle est en contact direct avec la paroi abdominale, avec laquelle elle paraît adhérer. Toute la région est mate, et son exploration ne se fait pas sans douleur.

On ne perçoit plus d'ondes péristaltiques ; mais cependant, par la palpation large de la région, on sent des gargouillements, qui sont généralement perçus par le malade lorsqu'il a un arrêt passager des matières.

Le côlon transverse n'est pas senti. Par contre, le cæcum apparaît dilaté, et on y provoque du clapotage.

Le foie n'est pas augmenté de volume. La rate est normale.

La langue est rose et vernissée. Les gencives sont déchaussées, avec leur rebord alvéolaire de coloration bleuâtre.

Le toucher rectal ne permet pas d'atteindre le néoplasme. La palpation combinée au toucher ne donne pas de résultat plus positif.

Dans l'aîne, ganglions de petites dimensions, durs, roulant sous le doigt, aussi bien d'un côté que de l'autre.

Pas de phénomènes douloureux autres que quelques tiraillements dans la fosse iliaque gauche. Pas d'irradiations dans les lombes, les testicules. Pas de douleurs dans les jambes. Le pouls est régulier de faible tension. Rien au poumon ni au cœur.

Le 8 janvier, M. Jaboulay pratique un anus cæcal d'orifice très petit.

Le malade est fort soulagé.

Le 27 janvier, M. le professeur Jaboulay pratique une laparotomie médiane sous-ombicale. On aperçoit alors la portion fixe du côlon iléo-pelvien, à peu près adhérent, partout irrégulière, bosselée, entourée d'une gangue de graisse et de fausses membranes qui rendaient impossible l'extirpation totale. D'autre part, la présence de nombreux ganglions dans le méso et le long de la colonne lombaire engageait peu à pratiquer une intervention d'une pareille gravité. On se contente d'anastomoser la portion terminale à l'iléon avec la portion d'intestin sous-jacente au néoplasme.

Le 10 février, le malade va relativement bien. Survie de dix-huit mois.

OBSERVATION XL (personnelle)

(Recueillie dans le service de M. Gangolphe.)

Cancer du côlon descendant. Constipation. Coliques. Mélènas.

Crise d'occlusion aiguë. Anus cæcal.

J. F..., 50 ans, entre à l'hôpital en état d'occlusion aiguë.

Pas d'antécédents héréditaires ou personnels à noter.

Jusqu'en janvier 1906, rien à signaler du côté des selles ni du côté de l'abdomen.

A partir de cette date les selles sont irrégulières, tantôt deux dans la même journée, tantôt point.

Le malade n'avait point de douleurs, mais il perdit un peu l'appétit et commença à maigrir.

Depuis le mois de juin 1906, le malade présenta les symptômes suivants :

Les selles étaient moins fréquentes, quelquefois il pouvait rester deux ou trois jours sans évacuation. Il ne semble pas qu'il y eut de déformation à ce moment.

Une dizaine de fois environ, il a remarqué du sang dans les selles. Toujours en petite quantité, enrobant les matières. Le malade ne peut préciser exactement le moment de l'apparition, s'il précède ou suit la selle. Le sang était d'une coloration rouge. En même temps il a remarqué des glaires et des mucosités assez fréquentes. Ni pus, ni fragments de tumeur. Mais il a vu des morceaux de peau blanchâtre « comme des petits boyaux », dit le malade.

En plus, le malade signale des douleurs sous forme de coliques venant très souvent, peut-être toutes les demi-heures, assez supportables, se terminant par un gargouillement. Il ne peut se rappeler s'il y avait une évacuation à la fin. L'alimentation n'avait pas d'influence sur leur apparition. La marche et les mouvements pas davantage. Ces coliques sont généralisées à tout l'abdomen, elles ne finissent, ni ne débute en un point spécial. Elles ne sont pas accompagnées de vomissements.

Pas de ténésme.

En septembre, brusquement, coliques très fortes ayant duré quinze heures, l'obligeant à se coucher, s'accompagnant de vomissements. La douleur était générale, sans prédominance à gauche. Le malade ne croit pas avoir été plus constipé dans les jours qui avaient précédé cette crise. Il se rappelle simplement avoir pendant trois jours mangé des raisins en quantité exagérée (1 kilo par jour environ). Il ne se rappelle

pas si après la crise il a eu une débâcle diarrhéique. Pas d'ictère, pas de douleurs irradiées.

Cette colique lui vint après un retour de Vichy, où il avait été envoyé, parce que le foie était un peu gros et dépassait les fausses côtes.

Pendant son séjour à Vichy, deux à trois crises très fortes où le malade vomissait et qui se terminaient par une selle abondante.

Le malade entre le 28 novembre 1906. Depuis trois jours il est en état d'occlusion aiguë. Douleur abdominale généralisée, continue, avec exacerbation. Hoquet, vomissements alimentaires puis bilieux. Arrêt des matières depuis trois semaines, sauf trois ou quatre fois par des lavements quelques matières insignifiantes. Arrêt complet des gaz depuis vingt-quatre heures.

Actuellement le malade est agité, poussant de temps en temps des gémissement, un peu de hoquet, quelques régurgitations.

L'abdomen est ballonné d'une manière générale, sans segment plus météorisé.

A la palpation, le ventre n'est pas très dur, mais on ne sent absolument rien, la palpation profonde étant impossible.

Sonorité générale à la percussion, un peu plus accusée au niveau du cæcum. Pas de matité nulle part.

Aucune contraction intestinale visible, pas de tension intermittente nulle part. Pas d'autres signes de dilatation cæcale.

Amaigrissement de 20 kilos.

Pas de perte de l'appétit, mais diminution volontaire de la ration alimentaire.

Pas de fièvre. Pouls à 120.

Le 1^{er} décembre, intervention. Laparotomie gauche. Gros météorisme du cæcum. Anses grêles un peu dilatées. La main plongée dans l'abdomen reconnaît une tumeur de la première portion de l'S iliaque et du côlon descendant.

Le cæcum est volumineux. Anus cæcal. Abondante évacuation de matières fécales.

Depuis, le malade va assez bien, l'anus a toujours fonctionné régulièrement.

Le 18 janvier 1907. Le malade va quitter le service voulant reprendre des forces avant de subir une deuxième intervention. Il n'a presque plus souffert, seulement un peu de sensibilité dans le côté gauche. De temps en temps une douleur plus vive sous forme de coliques.

A l'examen, le ventre est souple. On sent dans la fosse iliaque gauche une petite tumeur de la grosseur d'une noix située à deux travers de doigt au-dessous d'une ligne réunissant l'ombilic à l'EIAS. Au-dessus d'elle, un peu de tension qui par moment devient plus volumineuse et plus dure. Si à ce moment on presse dessus, on arrive à faire échapper des gaz avec bruit. Parfois enfin, on a une grosse contraction péristaltique visible à l'extérieur qui va se diriger vers la droite.

Sonorité plus grande dans la fosse iliaque gauche.

Pas de généralisation dans les autres organes.

Pas de ganglions.

OBSERVATION XLI

(Gouilloud, Congrès de chirurgie, 1901.)

Cancer de l'S iliaque. Occlusion aiguë. Constipation chronique.

Femme, 53 ans, entre pour occlusion aiguë.

Depuis deux ans, constipation. Constipation complète depuis huit jours.

Rien au toucher rectal.

Cancer de l'S iliaque, résection, anastomose au bouton de Murphy.

Mort dans la nuit.

Examen : Tumeur du volume d'une pomme obstruant complètement la lumière.

OBSERVATION LXII

Cancer de l'S iliaque. Occlusion aiguë. Constipation chronique.

S..., 40 ans, en occlusion de marche rapide huit jours.
Constipation depuis longtemps.

Rien au toucher rectal.

Opération. — Petit cancer annulaire de l'S iliaque prolabé
dans le Douglas. Anus.

Opération. Résection un mois et demi après.

Examen : squirrhe annulaire de 2 à 3 centimètres de haut,
Épithélioma enflammé de l'intestin.

Suites opératoires bonnes six mois après.

FORME AVEC OCCLUSION

L'occlusion peut être, nous venons de le voir, l'aboutissant d'une longue révolte de l'intestin contre l'obstacle qui s'oppose à la circulation des matières. Ce peut être aussi le premier symptôme par lequel se révèle un cancer de l'intestin, jusque-là latent ou à peine signalé par une légère constipation.

Sans cause appréciable ou résultant d'un écart de régime, d'un repas copieux, l'occlusion éclate. Elle n'est en somme que la traduction clinique de l'asystolie intestinale.

Le gros intestin, ayant pu pendant quelque temps triompher du rétrécissement cancéreux, présente bien parfois quelques défaillances ou crises d'obstruction, mais un jour est venu où, fatigué de ces contractions répétées, il s'est laissé forcer, et l'asystolie a fait son apparition.

Cette occlusion existe, comme l'obstruction avec une prédilection marquée, dans les cancers de l'S iliaque. Nous ne pouvons que nous rallier à l'opinion des docteurs Bovis et Cavaillon, croyant à la rareté de l'occlusion dans les cancers du cæcum, bien que ce ne soit pas l'opinion d'Anschütz.

Nous n'avons pas l'intention de décrire en détail tout les symptômes par lesquels l'occlusion se traduit. Ils sont d'ordre général et se rencontrent ailleurs que dans les occlusions par cancer du gros intestin. Nous voulons simplement insister sur quelques points spéciaux particuliers à ces sténoses.

C'est ainsi que le vomissement fécaloïde que l'on s'habitue à voir comme un signe nécessaire de l'occlusion existe sûrement. De Bovis insiste avec juste raison sur cette absence fréquente de vomissements fécaloïdes due à la position bas située du cancer du gros intestin. Quand les vomissements apparaissent, c'est à une date variant entre le quatrième et le huitième jour après le début, mais pouvant se trouver reculée jusqu'au quinzième ou vingtième.

Le vomissement est donc le plus souvent alimentaire ou bilieux. Il peut, bien que très rarement, être constitué par une hématomèse. C'est ainsi que récemment MM. Roques et Beutter ont publié un cas d'occlusion presque complète avec hématomèses répétées, dont la dernière avait été mortelle.

A l'autopsie, on vit un cancer très serré de l'S iliaque. L'intestin grêle et l'estomac étaient remplis de sang sans la moindre ulcération.

Ces hémorragies doivent être assimilées comme pathogénie à celles qui se produisent à l'intérieur d'une anse intestinale herniée et étranglée, récemment étudiées par Sauvé.

Le météorisme abdominal existe comme dans toute occlusion, il peut être général ou local. Quand il est général, le ballonnement peut être considérable. Il l'est

plus que dans une sténose franchement aiguë, car il est le fait d'un intestin affaibli déjà chroniquement distendu. Au contraire, dans les occlusions aiguës le ballonnement n'existe pour ainsi dire pas au début, bien que la douleur soit plus violente et l'état général plus atteint, ce qui a pu faire dire à Jalaguier que les gros ballonnements étaient le propre des péritonites.

Quand la dilatation est localisée, c'est en général à droite qu'elle l'est davantage, par suite de la dilatation du cæcum. MM. Bouveret, Anschütz, ensuite, ont insisté, on le sait, sur la valeur de ce signe pour le diagnostic des sténoses du gros intestin. Pour déceler cette dilatation cæcale, on recherchera le météorisme faisant à ce niveau légèrement bomber la paroi, la sonorité exagérée, le gargouillement et le clapotage à la percussion. Le ballonnement du ventre est souvent tel, qu'il empêche absolument toute palpation profonde, de sorte que très rarement on pourra sentir la tumeur et que l'on devra rester très fréquemment dans l'ignorance du siège exact du néoplasme jusqu'au moment de l'intervention. De même ce ballonnement indiquant la surdistension des anses intestinales et leur asystolie fait deviner que les contractions péristaltiques sont rares. C'est là un signe différentiel entre l'obstruction et l'occlusion. Dans la première, l'intestin se révolte contre l'obstacle et réagit par les contractions péristaltiques. Dans la seconde, il est vaincu et se laisse distendre sans réaction de sa part. Aussi, dans ces cas surtout, peut-on voir ces énormes distensions particulièrement cæcales que l'on a pu, au moment de la laparotomie, comparer comme grosseur à une cuisse d'adulte et sur lesquelles les pre-

nières traces d'un éclatement prochain peuvent être trouvées.

L'ascite se trouve beaucoup plus rarement dans les occlusions par cancer du gros intestin que dans celles portant sur l'intestin grêle (Gangolphe). Cela est en faveur de l'établissement graduel et progressif de la sténose. Du reste, d'une façon générale, l'ascite est rare dans le néoplasme du cæcum. Lorsqu'elle existe, elle est le plus souvent fonction d'une propagation au péritoine ou d'une généralisation hépatique.

Nous venons de parler de la latence des cancers du gros intestin, en ajoutant que la crise d'occlusion pouvait être le premier symptôme de l'affection. Ce n'est pas tout à fait exact et nous ne pouvons que nous ranger à l'avis d'Okinczyk, déclarant que la latence de ces néoplasmes n'existe pas et que, quelle que soit la nature de la tumeur, « elle va trahir sa présence par des troubles de sécrétion qui précèdent même souvent les troubles mécaniques ». Il est bien rare, en effet, que, chez un malade que l'on examine pour la première fois en pleine occlusion, on ne puisse, par l'interrogatoire, établir quelques troubles intestinaux antérieurs à cette crise, et cependant, tous les auteurs se sont efforcés de décrire cette période de latence. Mickulicz, le premier, y insista et en fixa la durée approximative de six mois à trois ans. De Bovis décrivit un type de latence absolue ou relative, mais il a soin d'ajouter que si le premier cas est fréquent, le second est rare. Anschütz, récemment, revient sur la question et, partageant l'opinion de son maître, Mickulicz, il divise les cancers du gros intestin en deux groupes : ceux qui

se révèlent par des symptômes fonctionnels et ceux qui ne présentent aucun symptôme jusqu'à la crise d'occlusion.

Il est vrai que, parfois, ces symptômes légers, qu'il faudra chercher pour découvrir, sont à peine ébauchés. Une légère constipation, quelques coliques, un peu de diarrhée, un amaigrissement et une faiblesse générale sans cause connue, seront les seuls troubles que l'on pourra trouver. Mais ils devront suffire pour éveiller l'attention du chirurgien et, bien souvent, c'est sur un ensemble symptomatique aussi réduit qu'il devra établir son diagnostic. Si on se rappelle les avantages énormes d'une opération précoce, l'innocuité actuelle d'une laparotomie exploratrice, n'est-on pas en droit de réclamer, pour celle-ci, sa place dans les diverses méthodes d'investigation?

OBSERVATION XLIII (personnelle)

(De MM. Villard et Bérard.)

Cancer de l'S iliaque. Occlusion aiguë.

C. B., homme, 43 ans, jardinier.

Pas d'antécédents héréditaires ou personnels.

Le 3 mai 1904, coliques survenant brusquement dans la portion de l'abdomen sous-ombilicale, violentes et persistantes. Gargouillements intenses dans les fosses iliaques avec contractions intestinales apparentes sous forme de boules. Arrêt complet des gaz et des selles. Le malade ne prend plus d'aliments solides. Le ventre est gros et ballonné. Il reste ainsi vingt-sept jours.

Le 30 mai, il entre à l'hôpital en état d'occlusion aiguë, avec vomissements fécaloïdes, il est opéré d'urgence par M. Villard. Anus iliaque gauche.

A la suite de cette intervention, son état s'améliore, il reprend un peu d'appétit, engraisse de 2 kilos pendant son séjour à l'hôpital. Son anus artificiel fonctionne bien, mais la moitié des matières passe encore par l'anus physiologique.

Pendant cinq mois, le malade est allé assez bien et il a pu reprendre son métier.

Depuis un mois et demi, il présente de nouveau des crises de coliques douloureuses, de plus en plus violentes, s'accompagnant de gargouillements et de contractions péristaltiques.

Pour se soulager, il provoque des vomissements volontaires.

Les matières qui passaient par l'anus rectal ne passent plus guère maintenant. Celles qui passent par l'anus iliaque sont plus sèches, plus dures.

Il n'a jamais remarqué ni sang, ni glaires, ni membranes.

3 janvier 1906. A l'inspection, ventre ballonné avec contractions péristaltiques. Clapotage gastrique et intestinal. Rien au toucher rectal.

Le 9 janvier, laparotomie (M. Bérard). On remarque que les anses grêles sont très distendues. En se portant par en bas on en trouve une aplatie. En les suivant, on arrive sur le néoplasme de l'S iliaque, à ce niveau l'anse est adhérente et coudée. Cette coudure forme obstacle. Au lieu de faire l'ablation des adhérences, celles-ci paraissant trop résistantes, on fait une anastomose latéro-latérale entre les deux anses grêles afférentes et efférentes.

Après l'intervention, amélioration progressive et un mois après, le malade part avec un appareil.

Le 1^{er} décembre 1906, mort. A l'autopsie, on trouve une perforation de la tumeur avec péritonite généralisée.

FORME CLINIQUE DUES A LA SIMPLE RÉACTION SUR L'ÉTAT GÉNÉRAL

Nous avons souvent, au cours de notre étude, prononcé le nom de latence du cancer du gros intestin. Et nous avons ajouté que bien rarement la latence était absolue et que beaucoup plus souvent quelques symptômes, si vagues et si imprécis fussent-ils, pouvaient attirer l'attention du chirurgien du côté du tube digestif. Parmi ces symptômes il en est un, l'amaigrissement sans cause, qu'il faut bien connaître, car il peut constituer à lui tout seul tout le tableau clinique de l'affection. Cet amaigrissement peut être assez marqué pour devenir presque de la cachexie. Et c'est maintenant le moment d'établir la distinction que nous nous croyons autorisé de faire entre deux sortes de malades appartenant tous à cette catégorie qui ne traduit son affection que par l'atteinte de l'état général. Les uns sont des cachectiques proprement dits, les autres des anémiques.

Il existe en effet toute une catégorie de malades qui se présentent avec le tableau clinique des anémiques. Le teint est en général d'une pâleur un peu cireuse, sans avoir cependant l'aspect des anémiques vrais. Il est exceptionnel aussi de lui trouver la teinte verdâtre de l'anémie dite pernicieuse. Dans aucune des observations

que nous avons dépouillées, nous n'avons trouvé mentionné ce fait que l'on ait pu penser à l'anémie pernicieuse. Et c'est là une constatation intéressante, car dans cette dernière affection on trouve souvent des troubles gastro-intestinaux. Si ce sont des troubles gastriques qui prédominent on agite le diagnostic de cancer de l'estomac. On sait en effet que certains néoplasmes stomacaux peuvent revêtir l'aspect de l'anémie pernicieuse. Si, au contraire, ce sont les troubles intestinaux qui sont le plus marqués, on pense à un cancer du gros intestin. Jusqu'à plus ample informé, nous croyons que le cancer de l'intestin ne peut pas avoir l'allure de l'anémie pernicieuse avec ses grands symptômes : teint verdâtre, hémorragie rétinienne, augmentation de la valeur globulaire, etc.

A côté de ce changement du teint, de cette pâleur spéciale, ces malades peuvent présenter tous les autres symptômes des anémies : souffles cardiaques, vasculaires et céphaliques, décoloration des muqueuses, décoloration du sang. Si on fait la numération globulaire, on peut trouver une forte diminution des globules rouges en même temps qu'une augmentation des globules blancs (Hayem).

Il ne faut pas croire que l'on trouvera toujours une forte hémorragie rectale comme cause de cette anémie, et ce fait sera même exceptionnel. Peut-être faut-il incriminer de préférence de petites hémorragies cliniquement inappréciables, mais fréquemment répétées ? Ou bien faut-il penser à une altération des fonctions hématopoiétiques.

A côté de ce type anémique, il en existe donc un qui

est plutôt cachectique, où le symptôme le plus marqué est l'amaigrissement, alors que dans la première forme les malades gardent parfois leur embonpoint. Avec cet amaigrissement et parallèlement à lui, va la perte des forces. Celle-ci peut être assez accusée pour confiner les malades au lit.

Il est exceptionnel que d'autres signes, qu'on est habitué à voir dans certaines cachexies, se trouvent dans cette forme clinique du cancer du gros intestin. C'est ainsi que l'ascite est rare, elle est toujours due à une propagation néoplasique au péritoine ou à une généralisation hépatique. Elle survient donc comme phénomène ultime de la maladie, alors que des symptômes nets de cancer intestinal ont depuis longtemps fait leur apparition. De même l'œdème des membres inférieurs est rare. Il pourrait dans certains cas se voir à la suite de thrombose fémorale par compression du vaisseau par la tumeur.

OBSERVATION XLIV

(Due à l'obligeance de M. Pic.)

Cancer colloïde du côlon ascendant. Symptomatologie frustre : cachexie, amaigrissement. Pas de troubles intestinaux ou digestifs. Grosse généralisation hépatique. Signe principal : généralisation ganglionnaire, pulmonaire.

L. T..., âgée de 46 ans, papetière, entre à l'Hôtel-Dieu, le 19 mars 1906, pour une tumeur de l'hypocondre droit et de la région épigastrique.

Antécédents héréditaires : rien à signaler.

Antécédents personnels : rien à signaler.

L'affection actuelle a débuté il y a cinq mois environ par

de la perte de l'appétit, de l'amaigrissement et un état de faiblesse générale.

Au mois de janvier, elle aurait pour ces divers symptômes été consulter un médecin. Elle présentait à ce moment un ictère assez foncé, de l'œdème des membres inférieurs sans avoir jamais eu de coliques hépatiques.

Il y a un mois, l'état général se serait plutôt amélioré, avec cependant persistance de l'amaigrissement et de la sensation de faiblesse.

Les troubles digestifs sont peu marqués. Il n'y a pas d'inappétence, ni de dégoût spécial. Les digestions se font bien.

A ce moment, apparut la tumeur dans l'hypocondre droit s'étendant à l'épigastre, envahissant même l'hypocondre gauche, et pour laquelle la malade vient à l'hôpital.

Examen : femme légèrement amaigrie, présentant une teinte subictérique des téguments.

Tube digestif. — Langue légèrement saburrale.

Troubles digestifs peu marqués.

Anorexie apparue au mois d'octobre a en partie disparu depuis un mois.

De temps en temps le matin, vomissements peu abondants piteux, non alimentaires.

Les digestions se font bien.

La malade va régulièrement à la selle. Les matières auraient été quelquefois accompagnées d'un peu de sang quelquefois rouge, d'autres fois noirâtre.

L'estomac n'est pas perceptible. Pas d'onde péristaltique, pas de contraction intermittente, pas de clapotage.

Du côté du foie, on note une voussure de l'hypocondre droit, de l'épigastre et de l'hypocondre gauche. L'épigastre est saillant, sous forme d'une tumeur arrondie de la grosseur d'une orange.

A la palpation, on sent une tumeur constituée par le foie qui présente une dureté ligneuse. On constate au niveau de la région épigastrique une nodosité volumineuse, dure, non

résistante; le bord du foie a perdu son tranchant habituel et présente des incisures. Il suit une ligne horizontale passant par l'ombilic. La palpation est légèrement douloureuse. On ne perçoit rien autre, ni dans les fosses iliaques, ni dans les hypocondres. Pas d'ascite. Pas de circulations complémentaires.

Appareil respiratoire. — Les deux bases sonnent mal, surtout la droite.

Cœur. — Rien à signaler.

Membre inférieur. — Œdème remontant jusqu'aux genoux.

Pas de ganglions.

Urines foncées, avec un peu d'albumine.

Matières normales, non décolorées, pas de changement de forme.

T. : 38°.

Examen du sang : Polynucléaire 82. Mononucléaire 12. Lymphocytes 5. Eosinophiles 1.

Le 25 mars, la température monte à 39°5 les soirs. Pas de frissons. Pas de sueurs.

Ictère augmente.

La tumeur épigastrique semble s'étendre surtout en bas, elle ne tombe pas davantage.

Un peu de crépitation neigeuse au niveau du bord inférieur.

Le 26 avril, l'œdème des jambes remonte jusqu'aux aines. Un peu d'ascite. Pas de modification du côté du foie.

Le 14 mai, la malade présente du ballonnement du ventre avec hyperesthésie. Elle n'a pas de douleurs localisées maintenant plus qu'au début.

La malade meurt dans la soirée avec des signes de péritonite.

Autopsie. — Un peu de liquide dans la cavité abdominale.

Foie. — Énorme, ayant conservé sa forme générale, mais soulevé par place par des bosselures. A la coupe, infiltration néoplasique diffuse à tout l'intérieur du parenchyme. Par place, cette infiltration est bordée par du tissu sain, rappelant les cancers en amande. Il pèse 5 kil. 750.

Rate. — Rien à signaler.

Estomac. — Ulcération de la petite courbure du volume d'une pièce de 2 francs.

Intestin. — A 1 m. 10 du cæcum, sur le gros intestin, tumeur néoplasique encéphaloïde de la valeur de la paume de la main avec gros ganglions dans le mésentère.

Poumons. — Noyaux de généralisation, surtout aux bases.

Histologie pathologique. Néoplasme de forme histologique typique : gros boyaux de cellules cylindriques claires avec tumeur sans joint d'infiltration atypique ou métatypique, sans portion colloïde, du moins sur la portion examinée prise à la périphérie. Ganglions mésentériques. On voit soit des grandes cavités à revêtement cylindrique, soit des cavités colloïdes ne contenant plus que des parcelles de cellules épithéliomateuses cylindriques ou non.

Noyau hépatique est tout entier d'épithéliome colloïde.

OBSERVATION XLV

(Due à l'obligeance de notre collègue, V. Cordier.)

Épithélioma de la portion inférieure de l'S iliaque chez une jeune fille de 21 ans. Cancer secondaire du foie.

Marie L..., 21 ans, de Roanne.

Entre le 11 septembre à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Josserand, alors suppléé par M. Pallasse, pour des douleurs abdominales coïncidant avec une perte complète des forces.

Rien à noter dans les antécédents héréditaires.

Réglée à 14 ans; pas de maladies graves de l'enfance, rougeole à 6 ans. La santé fut excellente jusqu'au mois de mars 1906.

A cette époque, perte assez brusque de l'appétit et perte progressive des forces. Les règles s'arrêtent, pour ne plus reparaitre, au mois de mars 1906.

Enfin, dès le mois de mai, la malade commence à maigrir

rapidement. C'est pour ces troubles assez vagues qu'elle entre à l'hôpital.

A ce moment, elle se plaint surtout de sa grande faiblesse et de son amaigrissement. Elle a, en outre, quelques douleurs abdominales très vagues et sans sièges précis. Elle est un peu constipée; elle n'a jamais présenté ni crises d'obstruction, ni débâcles diarrhéiques, ni mélènas.

L'abdomen est un peu volumineux avec une très légère ascite dans les flancs.

Le diagnostic porté est celui de péritonite tuberculeuse et l'indication d'une laparotomie est posée.

Elle passe dans le service de M. Vallas, salle Saint-Paul, n° 5, le 5 octobre 1906.

Elle est dans un état de faiblesse et d'amaigrissement extrême (41 kil.).

Elle raconte de la même manière les débuts de sa maladie, insiste sur son inappétence qui est maintenant absolue.

A l'examen, outre la maigreur, on constate un peu d'œdème des jambes.

L'abdomen est un peu volumineux, souple à la palpation, il y a *un peu* d'ascite dans les flancs, la percussion ne révèle pas de zones en damier mates ou sonores.

Pas de clapotage gastrique.

On sent enfin, dans la zone iliaque gauche, une tumeur de la grosseur d'un œuf, immobile et fixée à la paroi postérieure, ne roulant aucunement sous la main, dure, mais non bosselée, et siégeant plus haut et plus en dehors que ne pourrait le faire une tumeur annexielle.

Le foie est gros, non douloureux, non bosselé, dépassant les fausses côtes d'un travers de doigt.

L'alimentation est presque nulle, un litre de lait à peine, un peu de champagne.

La constipation est habituelle. Elle est opiniâtre depuis trois semaines (une selle tous les quatre ou cinq jours).

Il n'y a jamais eu de crises de constipation suivies de débâcles abondantes, jamais d'hématémèse ni de mélèna.

Les douleurs abdominales sont vagues, profondes et sourdes, sans siège précis, sans qu'on puisse observer de contractions péristaltiques.

Le toucher vaginal ne peut être fait. Le toucher rectal est absolument négatif au point de vue de la tumeur signalée.

Les poumons sonnent bien dans toute leur hauteur, en avant et en arrière.

Rien à l'auscultation. Rien au cœur.

Pas d'albumine. La température oscille autour de 38°.

15 octobre 1906. — L'état de la malade s'est aggravé du fait d'une intolérance gastrique brusquement survenue. Les vomissements sont abondants à chaque prise de liquide, sans caractères bilieux. Des douleurs gastriques, avec renvois acides, sont apparues.

L'ascite s'est rapidement développée.

Le 10, elle était manifeste dans les flancs.

Le 13, elle envahit l'abdomen médian. La palpation devient impossible. La tumeur de la fosse iliaque gauche n'est plus qu'à peine sentie. Le foie n'est plus palpable.

Le diagnostic, définitivement fait, est celui de péritonite tuberculeuse avec gros foie et gros ganglion de la fosse iliaque.

(M. Péhu ayant vu, par hasard, la malade, fait des réserves au sujet d'un cancer de l'estomac caché. Aussi l'examen est-il poussé à ce point de vue sans donner de résultats nouveaux.)

Le toucher rectal est négatif.

27 octobre. — L'ascite est très abondante. Prostration. Escarre sacrée. Hypothermie.

31 octobre. — Analyse de la courbe thermique : pendant quarante-cinq jours, la courbe se maintient entre 37°8 et 38°9, avec deux fois du 39°3. Pendant les quatre derniers jours, un peu d'hypothermie.

Mort.

2 novembre. — Autopsie faite quarante heures après la mort : escarre sacrée. Œdème des jambes arrivant à peine

aux cuisses. Putréfaction assez avancée. Ascite très abondante (plusieurs litres). Liquide citrin un peu louche. Quelques exsudats purulents dans le petit bassin. Péritoine généralement sain.

On est frappé de suite par un foie énorme, dépassant les fausses côtes de quatre bons travers de doigt, bourré de noyaux néoplasiques.

Estomac et anses grêles dilatés.

Adhérences en voie d'organisation dans la moitié supérieure du poumon droit. Un peu de liquide citrin très légèrement hématique dans la plèvre gauche.

Rien à l'œsophage, à l'estomac, à l'intestin grêle.

On trouve à l'S iliaque, à sa partie tout à fait inférieure, à deux travers de doigt au-dessus de sa continuation avec le rectum, un *épithélioma* presque complètement annulaire sur une hauteur de 6 à 7 centimètres, admettant le passage du médus; il est ulcéré en deux points, gros comme une tête d'épingle en verre.

Gros ganglions (un comme une noix) dans le méso. Pas de ganglions inguinaux.

Foie. — Il pèse 2,980 grammes. Bosselé d'innombrables noyaux. A la coupe, il en est complètement farci (on peut en dénombrer une cinquantaine sur une tranche). Les plus gros ont presque le diamètre de pièces de 5 francs. Il en est de jeunes tout blancs, de plus vieux jaunes, à centre ramolli et pigmenté. Le lobe droit en contient un nombre beaucoup plus considérable. Perméabilité des voies biliaires.

Le poumon, le cœur, l'aorte, le pancréas, le corps thyroïde, les organes génitaux, sont *sains*.

Examen microscopique :

1^o Tumeur intestinale. Gros tubes de cellules cylindriques claires, à gros noyaux, prenant fortement l'hématéine et le carmin. La lumière est nette.

La répartition est typique, à la fois dans la couche glandulaire, sous-muqueuse et musculaire.

Pas de points colloïdes, ni de formes atypiques.

2° Noyaux cancéreux au foie. Les îlots, volumineux, sont formés de tubes pourvus d'une lumière, à grosses cellules claires, identiques à ceux de la tumeur, mais beaucoup plus intriqués et noyés dans un tissu conjonctif lâche.

Pas de points colloïdes ou atypiques.

Les travées hépatiques, refoulées et comprimées, sont disloquées. Elles ont subi une intense dégénération graisseuse et les cellules sont, de ce fait, incolores et claires. Grosses bandes de tissu conjonctif néoformé limitant la périphérie de l'îlot cancéreux.

FORME INFLAMMATOIRE OU SUPPURANTE

Tuffier, dans la *Semaine médicale* de 1904, dit : « Je veux attirer aujourd'hui votre attention sur un mode de début plus rare, moins connu et plus insidieux encore du cancer de l'intestin. » Et après avoir rapporté trois cas de cancer du gros intestin, dont le premier symptôme clinique avait été un abcès profond, il ajoute : « Il est probable que les trois faits que je viens de vous citer ne sont pas exceptionnels et qu'il suffira d'attirer l'attention sur ce mode de début du cancer de l'intestin pour en voir publier de nombreux exemples. »

Avant cet article Opin, inspiré par M. Gangolphe, avait fait sa thèse sur ce sujet, puis Reverdin, Kessler, Thiéry, Lemander, d'Upsal, cité par De Bovis, Berne avaient rapporté des observations semblables. En 1900, De Bovis fait une courte allusion aux abcès comme complication des néoplasmes du gros intestin.

Puis viennent les observations de Wittmer, en 1902, de Guinard à la Société de chirurgie, en 1903. Enfin, l'article de Tuffier, une étude de Clogg, aussi en 1904, et plus récemment les études sur l'appendicite et la pérityphlite (Mayor) sur les sigmoïdites et les péricigmoïdites, essaient de séparer les phénomènes inflammatoires essentiels de ces organes de ceux qui ne sont que symptomatiques d'un cancer sous-jacent.

Il semble en effet que cette complication inflammatoire n'est pas aussi rare qu'on pourrait le croire. Parfois elle constitue le signe du début du néoplasme et ainsi par là acquiert une importance de premier ordre.

Elle en acquiert une autre et par le traitement qui doit être dirigé contre elle et par le pronostic beaucoup plus grave qu'elle réserve aux cancers du gros intestin. Nous ne voulons cependant pas dire en cela que le pronostic en soit toujours fatal. Souvent même après une première intervention très simple, ouverture de l'abcès par exemple, on sera surpris de voir comment une tumeur, qui primitivement semblait inextirpable, peut à une seconde intervention être radicalement enlevée.

Avant d'étudier ces inflammations au point de vue symptomatique, nous voulons dire ce que nous entendons au juste par là. Nous éliminerons de cette étude toutes les suppurations dues à des ruptures à distance de l'intestin (th. de Coste) et dont la symptomatologie (le plus souvent celle de la péritonite généralisée) fera l'objet d'un court chapitre ultérieur. Nous nous cantonnerons exclusivement à l'étude clinique des inflammations nées au voisinage du cancer, qu'elles revêtent l'allure de poussées inflammatoires, d'abcès ou de véritables phlegmons.

Sans vouloir faire ici de l'anatomie pathologique écourtée, nous tenons à rappeler rapidement le processus ulcéreux ou infectieux qui les engendre. Nous croyons en effet que ces deux termes, ulcération et infection, correspondent à deux voies principales. Dans certains

cas, il se fait grâce à l'irritation engendrée dans la portion susjacente au néoplasme par la stase stercorale, grâce aux fermentations qui en résultent, de petites ulcérations de la muqueuse. Celles-ci sont le point de départ de petits abcès miliaires situés dans l'épaisseur même de la paroi intestinale. Ils peuvent s'y localiser, donnant naissance à une forme inflammatoire d'évolution courte et de pronostic relativement bénin, ou bien ils franchissent les limites déjà bien fragiles de la séreuse et donnent naissance à des suppurations péricoliques. Nous ne croyons pas qu'on puisse, comme l'a fait Pal, pas plus pour les abcès consécutifs aux cancers que pour les sigmoïdites essentielles, admettre que ces abcès restent localisés dans la tunique intestinale. Leur développement trop considérable, leur retentissement trop marqué sur le péritoine empêchent de tenir cette hypothèse pour exacte. Il se produit en somme pour le côlon pelvien ce que Quénu et Landel ont signalé pour le rectum.

A côté de ce processus ulcéreux, il en existe un autre dû à l'infection lymphatique. Ce phénomène est le même que celui qui engendre le cancer de la langue par exemple. Les ulcérations cancéreuses baignant dans un milieu septique au premier chef, il se produit des infections lymphatiques qui retentissent sur l'appareil ganglionnaire périphérique, donnant ainsi des adénites purement inflammatoires : ce serait le cas le plus fréquent pour plusieurs auteurs (Bilton-Pollard, Okinczyk), ou cancéro-inflammatoires. (C'est la conclusion à laquelle arrive Clogg, ayant examiné seize fois les ganglions avec treize cas d'envahissement néoplasique.)

Que l'adénopathie soit infectieuse pure ou cancéro-infectieuse, l'évolution n'en est pas moins la même. Elle retentit sur le péritoine, déterminant soit des adhérences, soit un véritable abcès.

Cette évolution semble la plus courante, si l'on remarque qu'en général les abcès péricoliques ne sont pas stercoraux dès le début et que ce n'est qu'au bout de quelques jours qu'on y trouve des gaz ou des matières fécales.

On voit, par l'étude des observations que c'est particulièrement au niveau du cæcum et du côlon iléo-pelvien que se localisent ces péricolites secondaires au cancer. L'explication de cette prédilection est difficile à trouver. Est-ce dû simplement à la forme anatomo-pathologique du cancer? Mais celle-ci est justement différente dans les deux cas : encéphaloïde et végétante dans l'un, squirrheuse et atrophique dans l'autre. Est-ce le simple fait de l'accumulation des matières fécales dans les deux portions de l'intestin où elles stagnent le plus facilement? La forme en cul-de-sac du cæcum ne prédispose-t-elle pas à ce fait et l'S iliaque n'a-t-il pas été appelé le régulateur de la défécation (Mayor)?

Faut-il faire jouer un rôle aux diverticules de l'intestin, tels que ceux sur lesquels Lejars et Ménétrier ont insisté en 1904, à propos du cæcum, ou Bland Sutton et plus récemment M. Patel, à propos de l'S iliaque?

Étude clinique. — Nous étudierons successivement deux formes différentes qui semblent pouvoir être dégagées dans l'étude des phénomènes inflammatoires d'origine cancéreuse. Mais il ne faut pas croire que ces deux

formes constituent deux entités bien distinctes l'une de l'autre, elles sont plutôt deux étapes différentes d'un même processus. A ces deux formes nous donnerons les dénominations suivantes :

1° Forme aiguë non suppurée constituant la poussée inflammatoire légère.

2° Forme avec abcès ou avec phlegmon.

Elles sont basées, non seulement sur leur évolution clinique différente, mais aussi sur un substratum anatomo-pathologique spécial. Nous ferons rentrer dans le même cadre l'abcès enkysté et le phlegmon des parois que certains auteurs ont voulu différencier, car il nous semble que c'est introduire une confusion peu nécessaire dans des cas où la symptomatologie est à peu près la même et l'indication chirurgicale semblable.

I. FORME AIGUE NON SUPPURÉE

Cette forme est fréquente, mais elle demande à être recherchée, car elle a une évolution souvent courte et laisse peu de traces de son passage.

Généralement, c'est assez brusquement que la douleur éclate au point où siège la tumeur. C'est donc surtout dans les fosses iliaques droite ou gauche que se fera ce début et le plus souvent, étant donnée la fréquence à droite, c'est à l'appendicite qu'on songe.

Les vomissements sont en général absents, le météorisme n'est pas prononcé non plus, il semble donc que la réaction péritonéale, dans ces cas, soit très peu marquée.

Les selles sont supprimées ou, au contraire, diarrhéiques et fétides.

La température peut monter à 38°, 38°5, 39°, tantôt elle est à peine surélevée.

L'examen physique donnera en général peu de renseignements. Tantôt on trouvera une tumeur généralement peu douloureuse, plus ou moins mal délimitée. Tantôt on percevra un plastron plus diffus dont la palpation réveillera de la douleur. En général, le reste de l'abdomen est souple et indolore, montrant bien ainsi la limitation des phénomènes inflammatoires et leur non-retentissement sur le péritoine. Il en était ainsi dans les observations de Delagenière, de Cavaillon, que nous rapportons. Le toucher rectal ne donne pas souvent de renseignement, à moins qu'il puisse montrer un néoplasme de l'S iliaque.

La durée est variable, en général assez courte : deux, trois jours, quelquefois six ou huit, rarement plus. Au bout de ce temps, les phénomènes s'amendent ou persistent, conduisant alors à une intervention chirurgicale. Ce sont celles-ci précoces, qui ont permis de se rendre compte qu'il n'y avait pas de suppuration périntestinale (cas de Charrier). Dans les cas où les guérisons ont lieu, elles ne sont malheureusement pas définitives. Les crises ultérieures reviennent de temps en temps, à mesure que l'état général décline. C'est ainsi que le malade de Charrier présenta quatre crises analogues en l'espace de quatre mois. Parfois, une de ces crises, au lieu de se terminer par la résolution, se résoudra en un abcès, rentrant ainsi dans la troisième forme que nous voulons décrire (obs. Gangolphe).

Nous voyons par cet exposé rapide que les grandes lignes de cette forme sont le début brusque par la dou-

leur, précédé ou non de troubles gastro-intestinaux, le peu de réaction sur le péritoine (absence de vomissements, de météorisme), la tuméfaction limitée ou le plastron plus ou moins diffus, l'ascension thermométrique pouvant atteindre 39°. Si l'on intervient alors, on constate un cancer limité sans adhérences inflammatoires récentes, sans poches purulentes. La durée en est courte, deux à huit jours, mais les récidives peuvent se voir.

Il faut bien admettre que, dans ce cas, il s'agit non de péricolite, mais de lésions inflammatoires tout entières contenues dans l'épaisseur des tuniques intestinales.

II. FORME AVEC ABCÈS OU PHLEGMONEUSE

C'est certainement la forme clinique qui se présente le plus fréquemment. Parmi les observations de complications inflammatoires du cancer intestinal nous en avons pu recueillir une vingtaine concernant cette catégorie.

Le plus souvent cette complication survient chez des gens âgés, ayant dépassé la cinquantaine, deux fois seulement nous l'avons notée chez des jeunes gens de 25 et 28 ans.

Comme il était facile de le prévoir avec ce qu'on sait de l'anatomie pathologique des cancers cœcaux, c'est au niveau de cette portion du tube intestinal que les abcès sont le plus fréquents. On peut en rencontrer, mais plus rarement, autour de l'S iliaque.

Quelquefois, c'est brusquement par l'apparition des phénomènes inflammatoires que le malade a l'attention

attiré du côté de son abdomen. Aucuns troubles digestifs antérieurs, pas la moindre irrégularité des selles, pas de coliques légères n'étaient venus auparavant révéler un cancer latent (obs. III, IV). Le plus souvent le malade a un passé intestinal, quelquefois léger, il est vrai, qu'il faut chercher, car lui-même peut ne pas y attirer spontanément l'attention. Tantôt ce seront des coliques chroniques, tantôt de la constipation, ou bien une perte de poids inexpliquée. Souvent aussi l'embarras gastrique fera reconnaître des poussées inflammatoires antérieures (obs. VII, XIII, XIX, XX).

Il semble qu'une fois l'orage du début passé, les symptômes fonctionnels sont souvent peu marqués.

C'est ainsi qu'un malade de Tuffier avait pu travailler presque jusqu'au jour de l'opération. Chez une autre de ses malades, on ne trouve signalé que la perte de l'appétit et l'amaigrissement léger. Chez un malade de Guinard, cinq mois s'étaient écoulés entre le début des accidents et l'intervention, cinq mois occupés seulement par de la diarrhée, quelques troubles digestifs et un peu d'endolorissement de la fosse iliaque.

Parmi les symptômes les plus fréquents, nous devons signaler la douleur souvent sous forme d'endolorissement à la pression, parfois survenant seulement à la suite d'un effort, d'une marche un peu prolongée; les troubles du côté des selles, usuels dans les néoplasmes, irrégularités, constipation dans les formes basses, diarrhées dans les localisations hautes, sang quelquefois. Les symptômes généraux sont souvent plus marqués. Ce sont des malades qui maigrissent, qui prennent une figure pâle et étirée, qui perdent leurs forces (Clogg). Il

est facile de comprendre que la cachexie cancéreuse s'ajoutant aux troubles de l'état général propres à l'inflammation, l'atteinte devra être plus profonde dans ces cas que dans des suppurations chroniques simples. Par contre, la température sera souvent peu élevée ou même nulle.

A l'examen, la tuméfaction que l'on s'attend à trouver peut avoir des situations bien différentes, non seulement en rapport avec le cancer qui lui a donné naissance, mais aussi différentes pour les cancers d'un même organe. C'est ainsi qu'on peut distinguer ces abcès en :

1° Abcès antérieurs ou iliaques, siégeant soit à droite, soit à gauche, remontant plus ou moins haut et dus à des cancers du cæcum ou de l'S iliaque suivant le côté.

2° Abcès de l'hypocondre, dus à des néoplasmes des angles ou du cæcum, siégeant dans la région hépatique le plus souvent et faciles à confondre avec des péricholécystites.

3° Abcès périombilicaux d'origine transverse, siégeant dessus ou dessous l'ombilic.

4° Abcès lombaires, assez fréquents, dus soit aux angles, soit au cæcum, en imposant pour une origine rénale. Dans ces cas, où parfois la tolérance est à remarquer, il est probable qu'il s'agit d'abcès ayant fusés entre les deux lames du mésocôlon, reproduisant ainsi un mécanisme connu pour les appendicites.

Le volume des abcès est variable, allant de celui d'un poing à une tête de fœtus. La consistance, généralement dure, peut se ramollir à mesure que le pus

tend à se faire jour vers la paroi. En même temps, des phénomènes inflammatoires se déclarent du côté de la peau qui rougit, s'œdématie. On peut ainsi, comme dans le cas de Reverdin, arriver à sentir de la fluctuation nette. Plus souvent, la tumeur est dure, irrégulière ou lisse, généralement pas très douloureuse. Sa mobilité est très restreinte, le plus souvent nulle. Son adhérence aux plans profonds est en effet précoce ; l'adhérence à la paroi antérieure serait plus tardive, mais ce symptôme est, dans une certaine mesure, fonction de la localisation antérieure ou postérieure de l'abcès. Ces adhérences font comprendre ce fait qu'elles ne se mobilisent pas avec la respiration.

Cette réaction sur les organes voisins était encore plus marquée dans un cas de Laveran, où l'inflammation consécutive à un cancer de l'S iliaque avait déterminé l'attitude classique de la psoïte.

Le toucher rectal est généralement négatif.

Le pus qui s'écoule de ces abcès est généralement non fécaloïde. Il est ou purement purulent ou séro-purulent, généralement peu fétide. La paroi de l'abcès est indurée, mais guère plus que ne le sont les parois d'un abcès ordinaire à évolution lente. Le doigt qui en explore les parois ne trouve généralement pas de communication avec l'intestin. Ce n'est que plusieurs jours après l'ouverture que, parfois, apparaissent des matières fécales ou des gaz, montrant ainsi le travail d'ulcération sous-jacent à l'abcès.

Le plus souvent, l'évolution de l'abcès n'a pas le temps d'être complète et le chirurgien, prévenu à temps, l'incise l'abcès. Il ne reste plus qu'une fistule per-

sistante, ne donnant d'abord rien que du pus, puis, plus tard, des matières fécales et, finalement, montrant à travers son ouverture des bourgeons cancéreux plus ou moins volumineux (Tuffier, Zimmermann, Wittmer). Parfois aussi, on peut noter l'issue de substance colloïde (Gangolphe).

La résolution a été rarement observée (Guinard).

L'ouverture dans le péritoine avec péritonite mortelle peut aussi se voir (Berne, Clogg).

Sa tendance à fuser vers la peau et à l'ulcérer est plus fréquente et signalée par de nombreuses observations (Reverdin, Laveran, Giamboni).

L'ouverture dans l'estomac à la suite de cancer du côlon transverse a été signalée par Withbourn.

L'ouverture dans la vessie est aussi assez rare. On peut cependant citer des observations d'Hefferich, Hartmann.

Enfin, plus heureuse est l'ouverture directe dans le gros intestin, ainsi qu'en fait foi une observation d'Hartmann.

Diagnostic. — Vouloir établir des règles précises permettant d'arriver à diagnostiquer un cancer du gros intestin compliqué d'accidents inflammatoires, serait purement illusoire, étant donné le polymorphisme clinique de cette affection. Nous l'avons vu au cours de notre étude, tantôt l'abcès est la première manifestation ayant donné l'éveil au malade inconscient jusqu'alors de la tumeur abdominale, cause de son mal, et alors il sera bien difficile de ne pas prendre cet abcès pour un abcès symptomatique d'une appendicite par exemple,

s'il siège dans la région cœcale, ou d'une cholécystite ou d'un phlegmon périnéphrétique, s'il siège dans une autre région. Tantôt au contraire, un interrogatoire méthodique éveillé par la constatation d'une suppuration chez des malades d'un âge où on la voit plus rarement, sans qu'elle soit la résultante d'une autre affection organique, fera connaître quelques symptômes abdominaux antérieurs. Ou bien on notera un amaigrissement inexplicable depuis quelque temps déjà, et c'est là un signe sur lequel nous insistons particulièrement. Nous avons vu dans un chapitre précédent que c'était un excellent symptôme de cancer cœcal, souvent le seul. De sorte que nous pouvons dire que si chez un homme âgé pris subitement d'accidents inflammatoires conduisant à un abcès, nous pouvons relever un amaigrissement, une perte de force antérieure, nous devons penser à la possibilité d'un cancer sous-jacent. Ou bien ce sont quelques symptômes intestinaux précédents, constipation légère, diarrhée inaccoutumée, quelquefois même crise d'obstruction plus marquée ou d'occlusion même. Cette dernière serait un symptôme de grande valeur, et l'on ne peut que se rallier à l'avis de Tuffier disant qu'au delà de 50 ans toute obstruction intestinale aiguë est sous la dépendance d'un cancer de l'intestin.

L'affection avec laquelle l'abcès d'origine néoplasique est le plus souvent confondu est certainement l'appendicite. Plusieurs fois, dans les observations que nous rapportons, ce diagnostic avait été fait. Il en fut de même dans deux cas que rapporte Clogg. Nombreux en effet sont les points communs. Peut-être l'appendicite

a-t-elle un début plus brusque, la réaction péritonéale est-elle plus violente, la fièvre plus intense, alors que dans l'abcès néoplasique elle est souvent absente, l'état général plus touché, alors que dans le second cas, les malades peuvent continuer à marcher. Mais n'existe-t-il pas des formes subaiguës d'appendicite ? Dans ces cas, un examen attentif des symptômes antérieurs pourrait seul aider au diagnostic. Et à côté de ces cas n'en est-il pas de plus difficiles encore ?

Les localisations rétro-péritonéales d'origine appendiculaire (Cavaillon et Chabanon) ne peuvent-elles être une cause d'erreur ? Empâtement profond, tumeur dure et résistante, tendance à fuser à la région lombaire, symptômes généraux de suppuration, absence de réaction péritonéale, voilà les principaux caractères donnés par les auteurs. N'y a-t-il pas là un parallélisme frappant avec les complications inflammatoires du néoplasme intestinal que nous étudions. Et nous n'en voulons pour preuve encore plus péremptoire que les cas rapportés par Legueu et Boussenot. Il s'agissait de malades âgés, porteurs d'une tumeur iliaque dure, irrégulière, adhérente, avec empâtement, ayant un état fébrile ou subfébrile, des troubles digestifs et intestinaux, présentant de l'amaigrissement, pouvant même aller jusqu'à la cachexie contre-indiquant l'intervention. Ne croirait-on pas entendre là résumés rapidement les signes principaux d'un abcès profond symptomatique d'un cancer du gros intestin.

Le phlegmon périnéphrétique d'origine rénale a été aussi souvent une cause d'erreur. Nous avons vu en effet qu'assez fréquemment les abcès consécutifs aux

néoplasmes intestinaux ont tendance à fuser en arrière, c'est même une de leur localisation d'élection. Dans ces cas, le peu de réaction péritonéale n'est pas en faveur d'une origine intestinale, aussi pense-t-on soit à un rein mobile avec phénomènes d'hydronéphrose, soit à une suppuration périnéphrétique (Gangolphe, Tuffier, etc.), quelquefois même des troubles uniquement vésicaux attireront l'attention et égarent le diagnostic. Il en était ainsi chez un malade d'Hartmann, qui ne se plaignait que de symptômes de cystite, puis il se mit à uriner du pus et ultérieurement des matières fécales. Il s'agissait d'un abcès consécutif à un néoplasme de l'S iliaque et ouvert dans la vessie.

La cholécystite a été aussi une cause d'erreur. Cependant, dans tous les cas que nous avons examinés, l'ictère faisait défaut et rien dans les antécédents ne permettait de penser à une infection d'origine hépatique.

Les affections suppurées annexielles ou périannexielles devront être éliminées plus facilement, grâce au toucher vaginal qui fera reconnaître l'indépendance de la collection de l'utérus. C'est un fait digne de constatation que les abcès consécutifs à des néoplasmes, soit du cæcum, soit de l'S iliaque, ont peu de tendance à fuser dans le petit bassin. Nous n'avons trouvé, dans aucune observation, mentionnée la localisation pelvienne.

Enfin, il est une affection d'étude relativement récente, avec laquelle la confusion sera possible : nous voulons parler des sigmoïdites, qu'il s'agisse des péri-sigmoïdites suppurées ou des péricigmoïdites chroniques ; celles-ci peuvent, en effet, au cours de leur évolution, faire des abcès voisins (Rotter, Georgi).

Nous ne pouvons, à ce sujet, mieux faire que d'emprunter au remarquable travail de Patel (1), sur les sigmoïdites et les péricigmoïdites, les quelques lignes suivantes :

« Mais c'est surtout avec le cancer de l'S iliaque que la confusion est facile; nous l'avons laissé entendre à maintes reprises. Peut-on trouver un tableau plus ressemblant que celui de certaines formes de péricigmoïdites chroniques?

« Les troubles intestinaux sont au complet; l'hémorragie peut venir y ajouter sa note. On voit les malades se cachectiser, maigrir, présenter des phénomènes d'occlusion; la tumeur que l'on constate vient encore confirmer l'idée première. On peut bien dire que, dans la sigmoïdite, l'S iliaque est induré uniformément, semblable à un manche à balai, que, dans la péricigmoïdite, la tumeur est diffuse, irrégulière, sans bosselures, douloureuse, alors que, dans le cancer, elle est plus limitée, plus arrondie, plus irrégulière dans sa surface et aussi moins douloureuse (Bland-Sutton). Mais que de variations dans la configuration anatomique des productions néoplasiques ou inflammatoires. Tel cancer encéphaloïde est libre, volumineux; tel cancer squirrheux se révèle par un empatement à peine sensible. Pour les sigmoïdites, le cadre est encore plus large. Il n'est même pas jusqu'à l'occlusion aiguë qui ne vienne confirmer l'idée de cancer.

« On comprend toutes les hésitations formulées par

(1) Cet article nous a été communiqué par M. Patel, avant son impression dans la *Revue de chirurgie*, nous l'en remercions vivement.

Lejars, Hartmann, Tuffier, Mathews, Boas, etc. C'est ainsi que disparaissent les tumeurs fontomes et que s'expliquent les succès prolongés d'opérations palliatives auxquelles on n'avait osé demander qu'une amélioration momentanée. »

A la Société de chirurgie de Paris, au début de 1906, M. Poncelet, à propos des sigmoïdites, disait qu'il fallait toujours songer à l'actinomycose. La même réflexion peut être faite, avec raison, à propos du cancer abcédé. L'actinomycose n'a-t-elle pas, en effet, des allures bâtardes, rappelant à la fois la tumeur et l'abcès ?

Le diagnostic d'un abcès venant compliquer un néoplasme intestinal est donc difficile. Comment en serait-il autrement quand on voit que, même après l'ouverture, le chirurgien est resté dans l'erreur. Il a trouvé une cavité purulente, dont les parois sont dures, infiltrées, mais sans que cette induration soit bien spéciale et lui fasse suspecter un néoplasme sous-jacent. Et ce n'est que plus tard, un, deux mois après, lorsque la fistule ainsi créée ne se ferme pas, lorsque l'état général, loin d'être amélioré, empire de plus en plus, que les doutes surviennent. Puis, après une durée généralement courte, ne dépassant guère six mois, des bourgeons néoplasiques font issue de l'orifice fistulaire et viennent ainsi signer, à l'extérieur, la nature cancéreuse de l'affection. D'autres fois, l'écoulement de substance colloïde (Gangolphe) aura permis un diagnostic plus précoce.

OBSERVATION XLV

(Obs. n° 17, *in* thèse Cavaillon.)

Néoplasme du cæcum et du côlon ascendant. Exclusion bilatérale ouverte avec double fistulisation iléale et appendiculaire. Mort. Péritonite développée autour d'un abcès périnéoplasique.

Janvier 1905 — Pas de maladies antérieures.

L'affection qui amène la malade à l'hôpital date du mois de septembre 1904. Mais depuis le mois de mai, elle a maigri considérablement. Ses forces ont décliné, l'appétit a diminué et souvent les aliments ont été rejetés par le vomissement.

Le 14 septembre, la malade fut prise brusquement d'une douleur siégeant dans la fosse iliaque droite, s'accompagnant de vomissements et d'arrêt des matières. On a traité la maladie en ville comme une appendicite : glace, repos, morphine.

Les accidents aigus, sous l'effet de cette médication, se sont amendés. Mais l'état général ne s'est pas relevé avec la disparition des accidents fébriles. Le côté droit est resté douloureux, la constipation n'a disparu que pour faire place à une diarrhée persistante, enfin l'amaigrissement est tel, que la malade a perdu 23 kilogrammes depuis le mois de mai.

A l'entrée, teinte jaune des téguments, œdème malléolaire, aspect cachectique, les muqueuses sont décolorées.

La malade se plaint d'inappétence, surtout à l'égard de la viande. La digestion s'accomplit sans douleurs, ni troubles; mais la diarrhée persiste, tenace, avec dix à douze selles liquides par jour. Les selles n'ont jamais été sanglantes; elles ne contiennent pas de glaires. La malade ne souffre ni d'épreintes, ni de ténésme.

L'abdomen est souple, non ballonné, sans météorisme général ni localisé. Jamais cette femme n'a observé de ballonnement ou de péristaltisme.

Dans la fosse iliaque droite, se perçoit une masse irrégulière, bosselée, douloureuse, ne suivant pas les mouvements respiratoires, mais mobile.

On obtient le ballottement antéro-postérieur. Pas de gargouillements. Cette zone est subinate. Foie petit. Rate perçue. Éruption de nævi sur toute la surface du corps. Léger œdème lombaire. Aucun trouble urinaire. Toucher rectal négatif. Rien au cœur ni aux poumons.

Le 18 janvier. Intervention. M. le professeur Jaboulay. Laparotomie latérale sur le bord externe du grand droit. La paroi saigne abondamment. Le sang coagule mal. Le péritoine a l'aspect lavé des ascites, bien qu'on ne trouve pas de liquide.

Sous le foie, on sent une tumeur n'adhérant pas à cet organe. Mais elle adhère fortement en arrière dans la fosse lombaire. Bloc d'adhérences compactes impossibles à dissocier. Des anses grêles sont venues s'y fixer. On ne perçoit pas de ganglions. Mais la tumeur apparaît comme inextirpable.

Exclusion bilatérale. La portion terminale de l'iléon est implantée dans la partie droite du côlon transverse par un bouton de Jaboulay. Cette anastomose est renforcée par quelques points séro-musculaires de suspension.

Le côlon transverse est sectionné en amont de l'anastomose iléo-colique, les deux bouts suturés en bourse et enfouis.

Le bout inférieur de l'iléon sectionné et l'appendice sont fixés à la peau.

Autopsie. — A l'ouverture de l'abdomen, liquide purulent dans les fosses iliaques et le petit bassin. Les anses grêles ne sont pas dilatées. L'anastomose iléo-colique est solide, enfoncée profondément dans un paquet d'épiploon ramené autour d'elle dans un dernier temps opératoire. Le bouton est senti dans le bout colique.

Le cæcum est enfoncé dans un bloc d'adhérences solides, limitant les logettes purulentes. Adhérences en haut, à la vésicule biliaire; en bas, à l'utérus lui-même envahi par

contiguïté. Une anse grêle adhère au cæcum en dedans. La libération de la portion initiale du côlon est laborieuse. La dissection de la face postérieure conduit sur une collection purulente rétro-cæcale. Le cæcum a atteint le volume d'une tête de fœtus. Il est irrégulier, fortement bosselé. A l'ouverture de sa cavité, on voit une muqueuse bourgeonnante, tomenteuse, avec une série de nodosités ramollies sur le point de se détacher. Ganglions dans l'angle iléo-colique.

Pas de ganglions lombaires ni dans le méso-côlon ascendant. Pas de noyaux hépatiques, mais foie d'aspect gras. Pas d'autres noyaux de généralisation.

En résumé, tumeur inextirpable du cæcum; mort par péritonite purulente due à la diffusion d'un abcès péricæcal d'origine néoplasique.

OBSERVATION XLVI

(In thèse Opin.)

Cancer du cæcum avec phlegmon.

Homme, 50 ans, six mois avant son entrée, un peu de constipation. Pas de troubles digestifs.

Puis peu à peu quelques douleurs dans le flanc gauche, la station debout et la marche sont un peu fatigantes.

Quatre mois avant, quelque chose de volumineux est senti à gauche.

Il y a deux mois, constipation opiniâtre, diminution de l'appétit, amaigrissement.

Il y a un mois, crise d'occlusion intestinale. On voit une tumeur du volume des deux poings, située à gauche, adhérente aux parties profondes, mobilité relative mais douloureuse. Ventre ballonné. Rien au toucher. Rien dans les selles. Pas de température.

A son examen à l'entrée à l'hôpital, phlegmon survenu à gauche. Peau rouge. Fluctuation. Température : 40°8. Observation.

Incision, demi-verre de pus fétide. Amendement des symptômes généraux. Persistance des accidents d'occlusion.

Cæcostomie.

Le malade revient plus tard à un meilleur état général, mais les abcès persistent toujours sous forme de fistules. La tumeur s'est développée et par moment donne issue à des matières gélatineuses comme du myxome.

OBSERVATION XLVII

(Gangolphe, *in* thèse Viallet.)

Cancer de l'angle gauche. Phénomènes inflammatoires à répétition sans abcès.

Homme, 50 ans.

Début il y a deux ans par des troubles digestifs, constipation, coliques. En décembre 1906 éclate de l'occlusion aiguë. M. Gangolphe fait une cæcostomie le 13 décembre 1906. A ce moment on constate une tumeur du côlon gauche remontant vers l'angle splénique.

Quinze jours après phénomènes inflammatoires, durant huit jours. Température : 39°2. Puis résolution. Retour complet des matières.

Puis au niveau de la tumeur apparaissent des phénomènes inflammatoires durant deux ou trois jours, puis se résolvant. Ces accidents se répètent, simulant un phlegmon périnéphrétique, puis se maintiennent en donnant un prolongement jusqu'au-dessous de l'arcade crurale. La peau est un peu altérée. Température : 38°5.

Incision lombaire donnant surtout issue à des matières. La mort est prochaine.

OBSERVATION XLVIII

(Mollard, n° 50, *in* thèse Cavaillon.)

Cancer du côlon descendant. Crise d'obstruction.
Poussées inflammatoires.

Femme, 41 ans.

En août 1903, séjour à l'hôpital. Ventre tendu, dur, douloureux. Température : 40°. Vomissements fréquents. Arrêt des matières. Rentre dans l'ordre au bout de quelques jours.

En décembre, phénomènes péritonéaux avec douleurs, vomissements. Température : 39°.

A son entrée, abdomen souple, sauf au niveau de la fosse iliaque gauche. A ce niveau, plastron remontant assez haut vers la fosse lombaire. Constipation.

Pouls et température normaux.

Amélioration.

Intervention décembre 1903. Tumeur du côlon descendant. Anastomose.

Guérison. Mais le malade continue à avoir de temps en temps du météorisme et de la diarrhée.

Nouvelle intervention. Deux mois après mort.

Autopsie. — Tumeur peu exubérante du côlon descendant n'obstruant pas complètement la lumière.

OBSERVATION XLIX

(Due à l'obligeance de M. le Dr Delore.)

Cancer du cæcum, compliqué de péritonite de voisinage. Exclusion unilatérale. Amélioration. Mort de cachexie.

Femme de 57 ans, de bonne santé habituelle.

Depuis un an, douleurs dans la fosse iliaque droite, alternatives de diarrhée et de constipation, amaigrissement de 10 à 12 kilos. On a constaté une tumeur dans la fosse iliaque droite, il y a six mois. Jamais de mélæna, parfois des vomissements deux ou trois heures après le repas. Cachexie prononcée, teint jaune paille, pas de ganglions.

On sent, au-dessus de l'arcade fémorale droite, une volumineuse induration adhérente à la paroi. La température oscille entre 38° et 38°5. Diagnostic : *Cancer enflammé*. 25 août 1905. La malade est opérée dans le service de M. le professeur Poncet, par M. Delore. La laparotomie latérale

montre que le cæcum induré adhère à la paroi et à la fosse iliaque; il est perdu au milieu de fausses membranes épaisses. L'anse grêle suscæcale est distendue, épaissie. Pas de granulations sur le péricæcane voisin.

La résection étant impossible, M. Delore pratique une exclusion unilatérale iléo-sigmoïdienne, dont les suites furent simples.

Mais la malade, cachectique, succombait le 20 octobre.

A l'autopsie, on constate une tumeur ulcérée du cæcum, dont l'examen histologique montra la nature cancéreuse. Le cæcum, induré, était noyé dans un magma de fausses membranes, séparées d'ici et de là par quelques gouttelettes de pus. L'opération avait amélioré la malade, dont les selles étaient devenues régulières; elle n'avait pu agir contre l'inflammation péricæcale.

OBSERVATION L

(Due à l'obligeance de M. Patel.)

Cancer de l'S iliaque ayant présenté plusieurs poussées inflammatoires, sans abcès.

Il s'agit d'une femme de 40 ans, atteinte de troubles digestifs ou intestinaux (entéro-colite muco-membraneuse) pour lesquels elle avait été soignée dans plusieurs villes d'eaux, en particulier à Châtel-Guyon.

En juin 1906, à la suite de phénomènes inflammatoires développés dans la fosse iliaque gauche et le petit bassin, le médecin qui la soignait alors fait le diagnostic d'annexite suppurée, fait une laparotomie, mais ne trouve pas d'abcès. Il s'agissait probablement à ce moment d'une simple poussée inflammatoire.

En août 1906, alors qu'elle faisait une saison à Châtel-Guyon, elle ressent tout à coup une douleur vive dans la fosse iliaque gauche, avec arrêt des matières et réaction péritonéale assez marquée. Le médecin traitant constate alors

une tuméfaction iliaque du volume de deux poings, relève une température de 38°5. Deux jours après, la tuméfaction avait encore augmenté et présentait les caractères suivants : elle avait le volume d'une petite tête de fœtus, elle était moins arrondie, plutôt aplatie, collée contre la paroi postérieure du bassin. Elle siégeait dans la fosse iliaque gauche, près de la colonne vertébrale. Dure, douloureuse, immobile, sonore en avant. Toucher négatif.

Température ne dépassant pas 39°.

La malade fut vue à ce moment par M. Patel, qui diagnostiqua une sigmoïdite. La malade fut purgée souvent. Débâcles très fortes de matières dures et progressivement la température redevint normale. En même temps, la tuméfaction disparaissait. Il ne reste plus qu'une S iliaque allongée, indurée, facilement reconnaissable.

L'amélioration ainsi produite se maintient pendant près de six mois. A ce moment, la malade présenta des phénomènes d'obstruction intestinale sans occlusion vraie.

A la palpation, on constatait une tuméfaction plus volumineuse, plus superficielle. Rien au toucher.

L'opération est faite en novembre 1906. On constate une grosse infiltration néoplasique de l'S iliaque avec infiltration du méso et adhérence du néoplasme avec la paroi et avec trois anses grêles, rendant l'ablation impossible. Anastomoses iléo-sygmœidiennes.

Depuis, la malade s'est affaiblie progressivement et aujourd'hui elle est en pleine cachexie, avec œdème des jambes, fistules abdominales stercorales et la mort est prochaine.

OBSERVATION LI

(Due à l'obligeance de M. Gangolphe.)

Néoplasme colloïde du cæcum avec poussées inflammatoires et abcès.

Il s'agit d'un homme de 35 ans ne présentant pas d'antécédents personnels.

Signes de diarrhée depuis deux ans. Troubles gastriques. Un médecin diagnostique une tuberculose cæcale.

M. Gangolphe voit le malade pour des accidents aigus d'obstruction, et trouve une tumeur à droite du volume d'une tête de fœtus occupant le cæcum.

Il pratique un anus artificiel à 10 centimètres du cæcum, le 3 février 1900.

Trois mois plus tard, apparition de phénomènes inflammatoires : douleur, frisson. Température 40°. Tuméfaction, œdème. Puis disparition progressive de ces signes, qui ont duré un mois.

Deux mois plus tard, nouvelle poussée un peu moins forte d'une durée de quinze jours ; l'état général est relativement bon et la tumeur cæcale diminue. On fait de la radiothérapie.

Juin 1902. Troisième poussée inflammatoire intense qui cède en huit jours.

Novembre 1902. Quatrième poussée inflammatoire, nécessitant cette fois l'incision et le drainage dans la région lombaire droite. Il ne s'écoule que du pus pas de matière.

Affaiblissement progressif du malade. Un peu de mélæna. Diminution et affaissement presque total de la tumeur cæcale.

On pratique une exclusion ouverte.

Janvier 1903. Au cours de l'opération, on constate des ganglions mésentériques nombreux. L'incision des foyers inflammatoires permet de recueillir une substance colloïde transparente qui, examinée par le laboratoire de la Faculté, fut reconnue pour un cancer colloïde. Suites opératoires simples. Suppuration persistante au niveau des points drainés.

Mort trois mois après.

FORME AVEC RUPTURE DE L'INTESTIN SUSJACENT A LA STÉNOSE ET PÉRITONITE GÉNÉRALISÉE

La rupture de l'intestin bien au-dessus du rétrécissement, quoique connue déjà par Laënnec et Richerand, n'a été vraiment étudiée que depuis vingt-cinq ans environ. Le premier auteur qui fit un travail d'ensemble sur la question est Hensch en 1882. Il fit une série d'expériences sur l'éclatement du cæcum, vit que cette rupture se faisait toujours au même point et l'appela perforation diastatique. Haussmann, dans sa thèse sur le cancer du gros intestin, rassembla vingt-six cas de perforation à distance.

En 1892, M. Jaboulay étudia la question dans la thèse de Merlin, où vingt-cinq observations, dont trois originales, sont rassemblées.

Puis de 1897 à 1900, plusieurs observations sont présentées par divers médecins à la Société anatomique de Paris. L'examen histologique en avait été fait surtout par Letulle, qui inspira la thèse de Schowbl, où le côté histologique est surtout traité.

Enfin, De Bovis y consacra quelques lignes dans son article de la *Revue de chirurgie*. Puis vient l'article d'Anschütz envisageant particulièrement la dilatation du

cæcum et le mécanisme expérimental qui peut la réaliser (1902), les observations de Kreutzer (1903), une revue générale de Gragertz, assistant de De Quervain (1903), les thèses de Leclerc et de Coste, en 1905 et 1906.

De l'étude de ces diverses publications, il se dégage ce premier fait que c'est surtout dans les sténoses cancéreuses que l'on trouve les perforations à distance, et que parmi ces sténoses celles qui sont le plus souvent suivies de cette complication ce sont les sténoses de l'S iliaque. 39 % des cas se rapportent à des rétrécissements cancéreux de cette région. Puis la proportion tombe à 15,6 % pour le côlon descendant et diminue progressivement à mesure qu'on remonte le long du gros intestin pour être réduite à zéro au niveau du cæcum.

C'est particulièrement au niveau du cæcum qu'on observe ces perforations et suivant leur mode d'apparition, on peut les diviser en deux groupes. Dans le premier, il s'agit d'une rupture par éclatement d'un véritable diastasis. Dans le second, la rupture est précédée par un travail d'ulcération, commençant par la muqueuse intestinale et de là gagnant la tunique séreuse.

Qu'elles soient diastatiques ou non, la conséquence de ces perforations c'est la péritonite généralisée. Parfois cependant, on pourra voir un foyer de péritonite enkystée. Ce sont des cas où la perforation s'est faite à peu de distance de la tumeur, dans un péritoine déjà cloisonné par des adhérences. Ou bien la perforation siège sur la face postérieure du cæcum et la suppuration

produite occupe alors le tissu cellulaire de la fosse iliaque. Mais ce sont là des exceptions et d'une façon générale, ces perforations donnent le tableau de la péritonite généralisée.

Nous n'avons pas l'intention d'en faire ici le tableau, c'est celui de toute péritonite par perforation. Bornons-nous à dire que si l'on interroge les malades se présentant avec cette allure clinique, on retrouvera le plus souvent, en les interrogeant, des symptômes d'obstruction chronique. C'est généralement au cours d'une crise aiguë d'occlusion que se déclare la perforation. Les symptômes de péritonite généralisée qu'elle détermine se détachent alors plus ou moins sur le tableau de l'occlusion. D'autres fois, cette crise d'occlusion n'existe pas et chez un malade, qui avait de l'obstruction, on voit survenir brusquement les symptômes de péritonite. C'est ainsi que si, en présence d'un malade en obstruction, les signes d'une perforation s'installent brusquement avec une vive douleur dans la fosse iliaque droite, il est légitime de penser à une perforation cæcale. Si de plus le malade est âgé, l'hypothèse devient plus vraisemblable : il s'agit probablement d'une perforation à distance d'un néoplasme. Comme conséquence toutes les fois qu'à l'intervention on trouve une péritonite généralisée par rupture cæcale, on devra rechercher du côté de l'S iliaque d'abord, du reste du gros intestin ensuite, si l'on ne trouve pas un néoplasme sténosant. Et comme conséquence, on peut dire que chez tout individu âgé où l'on trouve une perforation intestinale survenant sans cause, on doit soupçonner un cancer du gros intestin sous-jacent.

CONCLUSIONS

- I. Le cancer du gros intestin, par suite de la variabilité de sa situation, de sa nature anatomo-pathologique, des rapports qu'il présente suivant son siège avec les divers organes de l'abdomen, peut affecter des allures cliniques différentes. Nous les avons groupées selon les types suivants :
- II. Le type diarrhéique, caractérisé par une diarrhée souvent abondante, sans signes d'obstruction, une profonde atteinte de l'état général, une tumeur rapidement perceptible. Cette forme est particulière aux cancers du cæcum.
- III. Le type dyspeptique avec simples troubles digestifs vagues. Cette forme peut se trouver aussi bien dans les cancers du cæcum que dans ceux de l'S iliaque. Elle est souvent le résultat de la stercorémie.
- IV. Le type gastrique que l'on rencontre dans les cancers du côlon transverse et qui réalise la symptomatologie du cancer du pylore.
- V. La forme avec constipation et crises d'obstruction. C'est une des plus fréquentes et elle constitue la manifestation la plus commune des cancers de l'S iliaque.

- VI. L'occlusion aiguë donne aussi naissance à un aspect clinique spécial, qui peut être l'aboutissant de la forme précédente ou constituer au contraire le premier symptôme de l'affection.
- VII. Quelquefois les symptômes physiques seront nuls et les symptômes fonctionnels réduits à leur minimum, l'état général seul sera profondément touché, réalisant alors soit un type anémique, soit un type cachectique.
- VIII. Les complications inflammatoires qui se produisent au niveau ou autour du cancer donnent à cette affection un aspect particulier que nous avons décrit sous le nom de type inflammatoire ou avec abcès.
- IX. Enfin, on pourra parfois trouver le tableau clinique de la péritonite généralisée. Elle sera plus souvent due à la perforation de l'intestin à distance de la sténose.

VU :

Le Président de la Thèse

JABOULAY.

VU :

Le Doyen,

HUGOUNENQ.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 8 juillet 1907.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,

JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- ARTUS. — Contribution à l'étude clinique du cancer du cæcum.
Thèse, Paris, 1894.
- ANSCHÜTZ. — Arch. f. Klin. Chir., 1902, t. LVIII, p. 193.
Étude clinique sur les cancers du gros intestin, 1907.
- VAN ALDOR. — Berliner Klin. Wochen., 1903, n° 34.
- VON BARACZ. — Ueber 5 Darmresektionem, etc. (Arch. f. Klin. Chir.,
1891, t. XVII, 3, s. 493.)
- BARBARY. — Thèse de Paris, 1904.
- BAKÈS. — Congrès de Lisbonne, avril 1906.
- BAILLET. — La résection du segment iléo-cæcal. Th., Paris, 1894.
- BEC. — Des fistules gastrocoliques. Th., Lyon, 1897.
- BECKER. — Deutsch. Zeitsch. f. Chirurgie. Bd XXXIX, 1894.
- BÉRARD. — Lyon médical, juillet 1898.
- BILTON-POLLARD. — Carcinoma of the colon and its treatment by
colectomy (British. Med. Journ., 23 janvier 1904).
- BITTORF. — Müncher Med. Wochen., 26 janvier 1904 et Deutscher
Arch. f. Klin. Med., 1906, t. LXXXVI.
- BIDWELL. — Un cas de tumeur de l'angle gauche (Chir. soc. of
London, 1887 et British. Med. Journ., 1898, page 884).
- BILLROTH. — Resect. am Magendarm. (Wiener Klin. Wochen., 1891,
n° 34).
- BOECKEL. — Tumeurs du gros intestin et résections intestinales
(Bull. de l'Académie de médecine, 18 octobre 1898).

- BOAS. — Erfahrung über Dickdarmcarcinom (Berlin. Klin. Wochen., 1899, 27 novembre).
- Deutsch. Med. Wochen., 1900, p. 115.
- Cancer du gros intestin et entérite muco-membraneuse (Arch. f. Verdauung, 1903).
- Diagnostic précoce du cancer de l'intestin (Grenzgebiete Med. et Chir., 1906, Bd 15).
- BOUSQUET. — Assoc. de Chir. de Paris, 1904.
- BOUVERET. — Notes sur la dilatation du cæcum et du côlon ascendant (Lyon médical, 1887).
- BRENNER. — Wien. Klin. Wochen., 1895, n° 44-46.
- BRIN. — Cancer du gros intestin (Arch. méd., Angers, 1901).
- BUINEAU. — Contribution à l'étude de l'exclusion de l'intestin. Th. Paris, 1904.
- CAIRE. — Thèse Lyon, 1890.
- CAREL. — Contribution à l'étude de la résection de l'anse iléo-cæcale. Th. Paris, 1897.
- DU CASTEL. — Arch. gén. de médecine, 1882.
- CAZES. — Traitement de choix des cancers adhérents et étendus du cæcum. Th. Montpellier, 1906.
- CAVAILLON. — Soc. de méd., juillet 1903.
- Thérapeutique chirurgicale du cancer du gros intestin. Th. Lyon, 1905.
- CHARRIER. — Anastomose iléo-sigmoïde. Soc. chir., 1900.
- CLAIRMONT et PETERSEN. — Anat. path. du cancer de l'estomac et de l'intestin (Beitr. f. K. Chirurgie, 1904).
- CRÆMER. — Cancer du gros intestin (Munch. Med. Wochen., juin, 1902).
- COSTE. — Thèse de Lyon, 1905-1906.
- CLOGG. — Cancer du côlon (The Practitioner, 1904, t. I, p. 525).
- COMPOINT. — Contribution à l'étude des occlusions intestinales chroniques. Th. Paris, 1898.
- CUSHING. — Obstruction intestinale par tumeur de l'intestin (Boston, Med. Journ., 1906, t. I, p. 266).

- CURSCHEMANN. — München Med. Wochens., 1905, n° 48-49).
- CZERNY et RINDFLEICH. — Beit. fur. Klin. Chir., 1892.
- DELA TOURE. — Angulation of the sigmoïde (Annals of Surgery, novembre 1905).
- DEMOULIN. — Soc. de chirurgie, 1898 et juin 1899.
- DERS. — Erfahrungen über den Dickdarm., Berlin Klin. Wochen., 1899, p. 1132.
- DURET. — Sur la résection du cæcum dans les néoplasmes (Journ. de Soc. méd. Lille, 1903, Cong. chir., 1902).
- DUVAL. — Traitement chirurgical du cancer du gros intestin. Th. Paris, 1902.
- DUTEIL. — Entérectomie pour néoplasme du côlon ascendant (Lyon médical, 1904, p. 712).
- ELCOT. — Resection of intestinal followed by ind to end anastomose (Annals of Surgery, janvier 1906).
- EWALD. — Tumeurs intestinales de la région iliaque gauche (Americ. Journ. of the medic. science, 1903).
- GAGE. — Cancer of intest. (Bost. Med. Journal, 1903, p. 277).
- GAUTHIER et CAVAILLON. — Soc. méd. Lyon., novembre 1905.
- GÉRARD-MARCHAND. — Ch. du gros intestin.
- GIRAUD. — Thèse de Paris, 1902.
- GOUILLOUD. — Cancer de l'intestin (Lyon méd., 1901). Cong. de chir., 1901, p. 529. Rev. gynécologique, 1907.
- GRAUL. — Carcinome du gros intestin et entérite muco-membraneuse. Arch. f. Verdauun., 1903, t. IX, p. 408.
- GUTBERLET. — Un cas de cancer du côlon. Th. Munich, 1904.
- GREYERZ. — Über die oberhalb von Dickdarm... (Deutsche Zeitschrift f. Chir., 1905).
- HARTMANN. — Travaux de chirurgie anatomo-clinique (Steinheil, 1907).
- HARTMANN et PILLIET. — Bull. de la Soc. Anat., Paris, juillet 1891.
- HARTMANN. — Trib. méd., octobre 1903; Presse méd.; Gaz. des hôp., 1903; Soc. chirurgie, 1900.
- HULST. — The Physician and Surgeon, 1905, septembre.

- JAPSON et WITHE. — Sarcom of the large intestine (Americ. Journ. of the medical science, mars 1901).
- JABOULAY. — Lyon médical, 1903, p. 94-98.
Arch. générales de médecine, 1903.
- JUNGHERZ. — Étude sur le cancer du cæcum. Th. Wurtzbourg, 1896.
- KAMMERER. — Centralblatt f. Chir., mai 1902.
- KELLY. — Nouvelle méthode pour examiner le rectum (Annals of Surgery, 1895).
- KNOWLTON. — Tumor of the cæcum and ascendum colon removal and recovery (Journ. of the am. Assoc., mai 1906).
- KÖNIG. — Arch. f. Klin. Chirurgie, 1890, t. XL, p. 911.
- KRAFT. — Gangrène et perforation du cæcum dans le cas de cancer de l'S iliaque. (Biblioth. f. Læger, 1903).
- LANCE. — Th. Paris, 1903.
- LARDENNOIS. — Th. Paris, 1899; Gaz. des hôpitaux, 1900, n° 17.
- LAWFORD-KNAGGS. — The Lancet, 1898.
- LECLERC. — Thèse Lyon, 1906.
- LEGUEU et BOUSSENOT. — Appendicites à forme néoplasique (Rev. de Gynéc., 1898).
- LEJARS. — Traitement des tumeurs du cæcum compliquées d'invagination (Rev. de Gynéc., 1897, p. 1029.).
- LEPETIT. — Cancer de l'S iliaque (Centre médical, 1906).
- LITTLEWOOD. — Malign. disease of colon. The Lancet, 1903, p. 1311.
- LILIENTHAL. — Tentatives de sondages du côlon (Arch. f. Verdauun., 1906).
- LORENTZEN. — Contribution à l'étude des sténoses chroniques du côlon (Med. Blatter, 13-19 mars 1906).
- LOUART. — Cancer du gros intestin dans la grossesse. Th. Paris, 1899-1900.
- LUYS. — Perforation du côlon ascendant au cours d'une occlusion intestinale (Bull. de la Soc. anatomique de Paris, 1899, p. 585).
- MAGNOUX. — Thèse Lyon, 1899-1900.

- MATLAKOWSKY. — Sur la résection des tumeurs du gros intestin (Deutsch Zeit. f. Chirurgie, t. XXXIII, p. 342).
- MAYO BOBSON. — British Med. Journ., 1895, t. II.
- MAURELL. — Of transverse colon tumor (Dublin Med. Journ., 1903, p. 130).
- MATHEWS. — Diseases of the rectum, anus and sigmoïde flexure, 1903.
- MARCKWALD. — Début et extension du cancer de l'intestin (Münch. Med. Wochen., 1905, n° 22).
- MELLER. — Wiener Klin. Wochen., 13 mai 1906.
- MICKULICZ. — Chir. Erfahrungen über das Darmcarconome (Arch. f. Klin. Chir., 1903, p. 28-47).
- MONTPROFIT. — Chir. de l'intestin, 1904; Congr. de chir., 1903.
- MORESTIN. — Bull. de la Soc. anat. de Paris, 1900; Soc. anat., 1901.
- MORTON. — A series of cases of resection malignant growth. of the colon (Brit. Med. Journ., 1903, p. 1149).
- MUMMERY. — Brit. Med. Journ., décembre 1905.
- NANCREDE. — Annals of surgery, mars 1906.
- OKINCZYK. — Thèse Paris, 1907.
- OBRASTOW. — Diagnostic différentiel du cancer et de la tuberculose du cæcum. Arch. f. Verdauun., mai 1900.
- OPIN. — Thèse de Lyon, 1894-1895.
- PANCOAST. — Medical Bulletin, août 1906.
- PAUCHET. — Gaz. hôp., 1900; Soc. chir., 1902; Cong. de chir., 1905.
- PAUL. — Three cases of excision of the cæcum (Brith. Med. Journ., 13 août 1901).
- PAYR. — Über eine eigentunliche Form. chronischen Dickdarmstenose (Centralblatt, 1905, p. 61).
- PERGOLA. — Rétrécissement cancéreux de l'intestin. Th. Paris, 1903.
- PELLIER. — Th. Paris, 1903.
- PETERSEN. — Cancer du côlon transverse (Münchner Med. Wochen., 2 janvier, 1902).

- PEUTOT. — Contribution à l'étude du cancer de l'angle sous-hépatique du côlon. Th. Lyon, 1904.
- PHILIPOWICZ. — Mittherlungen über unneren Darm (Arch. f. Klin. Chirurgie, 1903, p. 711).
- POTHERAT. — Bull. de la Soc. anat. de Paris, 17 juillet 1901 et 1906.
- QUÉNU. — Soc. chir., 1901, p. 353; Soc. chir., nov. 1904.
- QUÉNU et DUVAL. — Étude clinique et thérapeutique du cancer du côlon pelvien. Soc. de chirurgie de Paris, 1898.
- RECOULLY. — Th. Paris, 1903.
- RIVIÈRE. — Lyon médical, 1904.
- ROBEY. — Le diagnostic précoce des tumeurs malignes de l'estomac et de l'intestin (Boston Med. et Surg. Journ., 12 octobre 1905).
- ROSENHEIM. — Zur Diagnose der hochsitzenden Mostdarm und Flexure Carcinome mittelst Palpation und Endoscopie (Deutsch Med. Wochen., 1904, 17 et 18 mars).
- ROTTER. — Deutsch Med. Woch., 1903.
- RUNTER. — Cancer colloïde de l'S iliaque. Soc. chir., 1904.
- RUPPEL. — Cas de cancers de l'intestin avec abcès sous-phrénique et péritonite diffuse. Th. Munich, 1902-1903.
- SAILER. — Medical Bulletin, août 1906.
- SAVARIAUD. — Soc. de chir., 13 juin 1903.
- SARGNON. — Lyon médical, 1895, n° 31.
- SCHILLING. — Die Palpation des Flexura sigmoïdia (Arch. f. Verduun, 1903).
- SCHILLER. — Beiträge, XVII^e vol., 1896, p. 606.
- SCHULE. Über die Sondierung und Radiographie des Dickdarms. Arch. f. Verduun, 1904.
- SCHLOFFER. — Beiträge f. Klin. Chir., t. XVIII, p. 12.
- SIMON d'HEIDELBERG. — Recherches sur l'occlusion intestinale aiguë (Beiträge f. Klin. Chirurgie, 1905).
- SILTEMARCK. — Mécanisme de la dilatation du cæcum dans le rétrécissement du gros intestin (Wiener Klin. Wochen., 12 avril 1906).

- SOULIGOUX. — Soc. chir., 1905.
- SORENSEN. — Über 28 Fälle von Carcinome des Ileus und Colon. Inaug. Dissert., Leipz., 1903.
- STRAUSS. — Berlin. Klin. Wochen., 1902, 1903, 1905.
- SWAIN. — On Resection of the large Intestin for Carcinoma (Brit. Med. Journ., 10 janvier 1904).
- TEULET-LUZIE. — L'intervention chirurgicale dans le cancer du cæcum. Th. Paris, 1902.
- TSCHUDY. — Carcinome de l'S iliaque avec invagination (Journal de l'Ass. des médecins suisses, Bâle, 1903, p. 115-117).
- TUFFIER. — Des abcès profonds de l'abdomen comme premiers symptômes d'un cancer de l'intestin (Sem. méd., 1904).
- TUTTLE. — Carcinoma of the intest. tractus (Med. Rec., 1903).
- VAUTRIN. — Congr. franc. de chirurgie, 1897.
- VANDERLINDEN. — Sténose du gros intestin par tumeurs (Journ. de chir. et Annales de la Soc. belge de chir., 1905, p. 12-20).
- WALLSHAM. — A clinical lecture on carcinoma of the colon (Lancet, 1903, p. 1213, et Lancet, 1898).
- WITTMER. — Thèse de Bonn, 1902.
- WOLF. — Über ileo-cæcal Tumor (Med. Klin. Berliner, 1905, p. 1414-1417).
- WOOLCOMBE. — Enterectomy for malignant disease (Brit. Med. Journ., 10 janvier 1903).
- ZIMMERMANN. — Beiträge f. Klin. Chir., 1900, t. XXVIII, p. 306.

